



ADILSON SOARES

**O SUBFINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL: UMA
POLÍTICA DE ESTADO**

**Campinas
2014**



**Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas**

ADILSON SOARES

**O SUBFINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL: UMA
POLÍTICA DE ESTADO**

Orientador: Prof^o. Dr^o. Nelson Rodrigues dos Santos

Tese de Doutorado apresentada à Pós-graduação e Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva, área de concentração Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE A VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELO ALUNO **ADILSON SOARES** ORIENTADO PELO **PROF^o. DR^o. NELSON RODRIGUES DOS SANTOS**.

Assinatura do Orientador

**Campinas
2014**

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

So11s Soares, Adilson, 1963-
O subfinanciamento da saúde no Brasil : uma política de Estado / Adilson Soares. – Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Nelson Rodrigues dos Santos.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Economia da saúde. 3. Política de saúde. 4. Financiamento da assistência à saúde. 5. Gastos em saúde. I. Santos, Nelson Rodrigues dos, 1936-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The underfunding of the health in Brazil : a State policy

Palavras-chave em inglês:

Unified Health System

Health economics

Health policy

Health financing

Health spending

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Nelson Rodrigues dos Santos [Orientador]

Gastão Wagner de Sousa Campos

Edison Bueno

Áquilas Nogueira Mendes

Gilson de Cássia Marques de Carvalho

Data de defesa: 27-02-2014

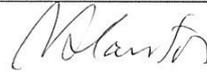
Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO
ADILSON SOARES

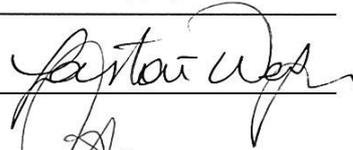
Orientador (a) PROF(A). DR(A). NELSON RODRIGUES DOS SANTOS

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). NELSON RODRIGUES DOS SANTOS



2. PROF(A). DR(A). GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS



3. PROF(A). DR(A). EDISON BUENO



4. PROF(A).DR(A). ÁQUILAS NOGUEIRA MENDES



5. PROF(A).DR(A). GILSON DE CÁSSIA MARQUES DE CARVALHO

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 27 de fevereiro de 2014

Dedicatória

*Mulher valente é minha mãe! A ela e a meu pai (mestre Carreiro),
saudoso e inesquecível, minha gratidão eterna.*

*Aos meus queridos irmãos e toda a minha família,
minhas desculpas pela ausência.*

*Ao meu filho Guilherme. O seu amor
e a felicidade de ser seu pai
me alimentam a cada dia.*

*A Maria Amélia, minha querida e amada companheira, pela infinita
paciência, pelo apoio constante, pelas trocas e ensinamentos,
e por estar ao meu lado na minha caminhada.*

*A família Oliveira que tão bem me acolheu e com quem compartilho
momentos maravilhosos...oh meu deusinho do céu... . As conversas
e o piano do seu Sr. Geraldo, e os papos e a comida na
cozinha da Dona Zenaide, me dão muito prazer.*

*A todos os meus amigos, que mesmo um pouco distantes nesse período
sabem do amor que nutro por eles.*

Agradecimento

Ao meu orientador que me acolheu, incentivou e permitiu que eu trilhasse os caminhos que escolhi. As suas orientações foram decisivas para a condução e conclusão desta tese. Para além das suas qualificações, já exaustivamente reconhecidas, tive o privilégio de estar próximo, conhecer e dialogar com um ser humano generoso e especial. Obrigado por tudo Nelsão, aprendi muito com você.

Aos professores da minha Banca de Qualificação pelas críticas e contribuições que qualificaram o trabalho e possibilitaram a correção de rumos. A participação quali-quantitativa de vocês, Áquilas, Edison e Gilson foram decisivas.

Aos professores do Departamento de Saúde Coletiva pelas discussões e ensinamentos neste rico período de pós-graduação.

Ao economista Rodrigo Alves Teixeira por me apresentar ao conceito de bloco no poder.

A Dayse e Bento pela inestimável ajuda na reta final desta tese.

Aos colegas dos Ministérios da Saúde, João Carlos Pereira e Vivian Guimarães que me atenderam prontamente e franquearam dados imprescindíveis para conclusão deste trabalho.

A amiga, professora Sayuri, pelos incentivos e inserção na vida acadêmica.

Aos colegas da Unicamp, na figura do amigo Ricardo Menezes com quem pude dialogar nas nossas idas e vindas São Paulo - Campinas, nesses últimos anos de pós-graduação.

Aos amigos incentivadores de primeira hora, Bete Marques e Professor Caldas.

Não há entrada já aberta para a ciência e só aqueles que não temem a fadiga de galgar suas escarpas abruptas é que tem a chance de chegar a seus cimos luminosos.

Karl Marx

Em nosso teatro, diante da natureza e diante da sociedade, que atitude produtiva podemos tomar para o prazer de todos nós, filhos de uma época científica? Essa atitude é uma atitude crítica.

Diante de um rio, consiste em regularizar seu curso; tratando-se de uma árvore frutífera, enxerta-la; tratando-se do problema dos transportes, construir veículos terrestres, marítimos e aéreos; tratando-se da sociedade, fazer a revolução.

Nossas representações da vida comum dos homens destinam-se aos que dominam os rios e as árvores, aos construtores de veículos e aos revolucionários; a todos esses convidamos para virem ao nosso teatro, pedindo-lhes que, quando aqui estiverem, não esqueçam seus alegres prazeres, pois queremos entregar o mundo a seus cérebros e a seus corações, para que o transformem a seu critério.

Bertolt Brecht

RESUMO	XXV
ABSTRACT	XXVII
I. INTRODUÇÃO	29
1. Trajetória e implicações.....	29
2. Expondo o campo problemático.....	30
3. Objetivos da investigação.....	33
4. Estrutura da tese.....	33
II. PROCESSO METODOLÓGICO	37
2.1. Fontes documentais	38
2.2. Produção/Coleta de Dados.....	39
2.2.1. Bibliográficos.....	41
2.2.2. Documentais.....	42
2.3. Organização e análise dos dados	42
2.3.1. Política de saúde, economia política e da saúde.....	43
2.3.2. Gasto do Governo Federal com Saúde e indicadores econômicos.....	43
III. RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
CAPÍTULO 1. A NATUREZA CÍCLICA DO CAPITALISMO E A INSERÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO ECONÔMICO.	45
1.1. Economia e neoliberalismo	48
1.1.1. Contexto político e econômico.....	48
1.1.2. O Brasil e a agenda neoliberal.....	54

CAPÍTULO 2. O MOVIMENTO POLÍTICO E A CORRELAÇÃO DE FORÇAS CONSTRUINDO E ADEQUANDO O MARCO LEGAL.....	73
2.1. A Constituição de 1988 e o SUS.....	73
2.2. A adequação do marco legal pós-Constituição Federal.....	75
2.2.1. A adequação da Constituição Federal por meio de Emendas Constitucionais.....	76
2.2.2. A regulamentação dos dispositivos constitucionais por meio de Leis Complementares.....	86
CAPÍTULO 3. A CONSTITUCIONALIZAÇÃO E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.	95
3.1. Contexto em que emerge uma política tardia e antagônica:95 o instituinte.....	95
3.2. A conformação do SUS:	102
o instituído	102
CAPÍTULO 4. A HEGEMONIA FINANCEIRA NA POLÍTICA ECONÔMICA BRASILEIRA: A FINANCEIRIZAÇÃO SEMINAL DO ORÇAMENTO PÚBLICO E OS GASTOS COM SAÚDE.	113
4.1. O projeto vencedor e a hegemonia financeira.....	113
4.2. A centralidade da política fiscal na economia brasileira a partir do governo FHC: a financeirização do orçamento público. .	119
4.3. Gasto Federal com Saúde no Brasil: governos FHC, Lula e a tendência no governo Dilma.	129
IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	161
VI. APÊNDICE ESTATÍSTICO	175

Lista de abreviaturas e siglas

ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BCB	Banco Central do Brasil
BGU	Balanço Geral da União
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento
CF	Constituição Federal
CGOF	Coordenação Geral de Orçamento e Finanças
CIMS	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CLIS	Comissão Local Interinstitucional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CRIS	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
CSS	Contribuição Social para a Saúde
EC	Emenda Constitucional
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FMI	Fundo Monetário Internacional
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
GTFS	Gasto Total Federal com Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias
IDISA	Instituto de Direito Sanitário Aplicado

Lista de abreviaturas e siglas

IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPMF	Imposto Provisório sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira
IPVA	Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores
LC	Lei Complementar
LOA	Lei Orçamentária Anual
MF	Ministério da Fazenda
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OGU	Orçamento Geral da União
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PIB	Produto Interno Bruto
PLP	Projeto de Lei Complementar
PPA	Plano Plurianual
RCB	Receita Corrente Bruta
RCL	Receita Corrente Líquida
SCN	Sistema de Contas Nacionais
SRF	Secretaria da Receita Federal
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SPO	Subsecretaria de Planejamento e Orçamento
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

Glossário

- Acordos Multilaterais – Acordos firmados entre países com as agências de cooperação financeira e técnica.
- Agências multilaterais de financiamento – agências criadas com a responsabilidade de conceder empréstimos e estimular o desenvolvimento dos seus países membros.
- Carga Tributária – é a medida do esforço da sociedade para o financiamento das políticas públicas. Corresponde ao conjunto de impostos, taxas e contribuições, e é medida em percentual do PIB.
- Dívida Pública Federal Interna – Representa o estoque de recursos devidos pelo governo federal aos credores internos, registrado em moeda local.
- Gasto público com saúde – soma de todas as despesas realizadas com Ações e Serviços Públicos de Saúde nas três esferas de governo.
- Gasto privado com saúde – soma de todas as despesas realizadas com saúde no setor privado lucrativo, sem fins lucrativos e das famílias.
- Gasto Total Federal com Saúde – soma de todas as despesas realizadas com saúde no orçamento do Ministério da Saúde.
- Gasto Total Federal com Ações e Serviços Públicos de Saúde – soma de todas as despesas exclusivas do setor saúde, realizadas no orçamento do Ministério da Saúde, voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e que atendam os princípios e diretrizes da universalidade, integralidade, e de acesso igualitário e gratuito.
- Juros e Encargos da Dívida Interna Federal - Refere-se ao montante, apropriado por competência, incidente sobre o estoque da dívida interna.

- Orçamento Geral da União - é um instrumento de planejamento e execução das finanças públicas, que sintetiza as prioridades das ações e programas de governo nas diversas áreas.
- PIB – exprime o valor da produção realizada dentro das fronteiras geográficas de um país, em um determinado período, independentemente da nacionalidade das unidades produtoras.
- Receita Corrente Bruta – soma das receitas tributárias, de contribuições, patrimonial, agropecuária, industrial, de serviços e outras e, ainda as provenientes de recursos financeiros recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, quando destinadas a atender despesas classificadas em despesas correntes.
- Receita Corrente Líquida – representa o total das Receitas Correntes Brutas arrecadadas, deduzido as transferências constitucionais e legais, de acordo com a esfera de governo.
- Superávit Primário – ocorre quando as receitas são maiores que as despesas no ano contábil. Denomina-se primário por que não estão incluídos nas despesas os recursos destinados ao pagamento de juros da dívida pública.

Lista de Figuras

FIGURA 1. BIRD - CAPITAL SOCIAL E PODER DE VOTO – PAÍSES PRINCIPAIS.	62
FIGURA 2. GASTO FEDERAL COM ASPs – % ANUAL DE CRESCIMENTO A.P. 2012.	134
FIGURA 3. COMPORTAMENTO DAS ÂNCORAS DA POLÍTICA FISCAL.....	140

Lista de quadros

QUADRO 1. EMENDAS CONSTITUCIONAIS – TEMAS PRINCIPAIS.....	80
QUADRO 2. LEIS COMPLEMENTARES – TEMAS PRINCIPAIS	88

Lista de tabelas

TABELA 1. TRAMITAÇÃO DAS PROPOSTAS DE EMENDAS CONSTITUCIONAIS NO LEGISLATIVO FEDERAL ATÉ APROVAÇÃO DAS EMENDAS CONSTITUCIONAIS – PERÍODO – 06/10/1988 A 30/09/2013	77
TABELA 2. DISTRIBUIÇÃO DA INICIATIVA POLÍTICA DA PROPOSITURA DAS EMENDAS CONSTITUCIONAIS – PERÍODO – 06/10/1988 A 30/09/2013	78
TABELA 3: PUBLICAÇÃO DAS EMENDAS CONSTITUCIONAIS - PERÍODO – 6/10/1988 A 30/09/2013	79
TABELA 4: DISTRIBUIÇÃO DOS TEMAS TRATADOS NAS EMENDAS CONSTITUCIONAIS- PERÍODO – 6/10/1988 A 30/09/2013	80
TABELA 5. TRAMITAÇÃO DOS PROJETOS DE LEIS COMPLEMENTARES – PLP NO LEGISLATIVO FEDERAL ATÉ A APROVAÇÃO DAS LEIS COMPLEMENTARES – LCS – PERÍODO - 6/10/1988 A 30/09/2013	87
TABELA 6. DISTRIBUIÇÃO DA INICIATIVA POLÍTICA DA PROPOSITURA DAS LEIS COMPLEMENTARES – PERÍODO – 6/10/1988 A 30/09/2013	87
TABELA 7. DISTRIBUIÇÃO DOS TEMAS TRATADOS NAS LEIS COMPLEMENTARES – PERÍODO 6/10/1988 A 30/09/2013	88
TABELA 8: PARTICIPAÇÃO DOS ENTES FEDERADOS NA ARRECADAÇÃO TRIBUTÁRIA – VALORES..	124
TABELA 9: PARTICIPAÇÃO DOS ENTES FEDERADOS NA ARRECADAÇÃO E NA CARGA TRIBUTÁRIA – PERCENTUAL	126
TABELA 10: EVOLUÇÃO DE INDICADORES DE POLÍTICA ECONÔMICA - PIB, ORÇAMENTO UNIÃO, SUPERÁVIT PRIMÁRIO E DÍVIDA INTERNA - 1995 A 2012.	127
TABELA 11: COMPARATIVO DE GASTOS COM SAÚDE – PAÍSES SELECIONADOS	130
TABELA 12: GASTO PÚBLICO COM SAÚDE - PARTICIPAÇÃO DOS ENTES FEDERADOS	133
TABELA 13. GASTO FEDERAL COM SAÚDE, EM VALORES REAIS E NA PROPORÇÃO DO PIB, OGU, RCB E RCL.....	137

RESUMO

Neste trabalho discutem-se questões relativas ao financiamento e à alocação de recursos no SUS, à luz das políticas de governo e das reformas propostas no arcabouço legal e no aparelho do Estado na Constituição Federal de 1988 e no período pós-Constituição. Trata-se de um estudo exploratório, desenvolvido com base em documentos e análise de dados obtidos e/ou construídos a partir de fontes primárias, secundárias, fontes oficiais, imprensa, e sítios de interesse. A estratégia metodológica adotada para o desenvolvimento da pesquisa permitiu a utilização de um modelo de triangulação de métodos. Os dados quantitativos foram apresentados por meio da construção de uma série histórica, para os anos de 1995 a 2012, organizados em médias anuais por períodos, que correspondem aos governos dos presidentes FHC, Lula e início do governo Dilma. Na análise dos dados, buscou-se estabelecer comparativos em valores absolutos e percentuais entre os Gastos com Saúde, Orçamento, Produto Interno Bruto, Receita, Carga Tributária, Dívida Pública e Superávit Primário. Na análise dos dados qualitativos, buscou-se identificar como se deu a concepção e o desenvolvimento do SUS, diante de dois projetos políticos a princípio distintos e em disputa. Analisou-se o marco legal do Sistema Único de Saúde e suas alterações, o contexto político e econômico em que emerge e se desenvolve o SUS e os gastos com saúde, com o propósito de identificar o movimento instituinte e o modelo instituído no SUS, em um contexto marcado pelo domínio das políticas neoliberais. Os resultados do estudo revelam que a execução da política econômica brasileira, principalmente no campo da política fiscal, se orientou, ao longo do período estudado pelos preceitos do receituário neoliberal hegemônico, tendo o financiamento do SUS acompanhado esse movimento. Manifestou-se no estudo o caráter antagônico do Sistema Único de Saúde; revelado pela concepção inaugural do SUS, ora marginal ora alinhada com a

política econômica hegemônica – neoliberal; e pela execução da política de saúde alinhada com a política neoliberal. A consequência dessa política foi o subfinanciamento do SUS nos governos FHC, Lula e se manifesta a mesma tendência no início de governo da presidente Dilma Roussef. O estudo conclui que o subfinanciamento do sistema de saúde no Brasil, no período de 1995 a 2012, se manifestou como uma política de Estado seguida por todos os governos. Nas considerações finais o autor chama a atenção para a importância da conquista de mais recursos para a saúde não como um fim em si; na medida em que no horizonte político o projeto de lei que tramita no legislativo federal propondo mais recursos para a saúde não trará, de acordo com os dados estimados e apresentados nesta tese, uma mudança no paradigma de gastos públicos no setor saúde no Brasil; mas pelo efeito demonstração que uma mobilização dessa natureza pode trazer para as transformações no SUS, na medida em que pode acalorar a pauta de discussões deste sistema e despertar outros setores para a importância da consolidação do direito à saúde.

ABSTRACT

This paper discusses issues related to funding and resource allocation in the SUS, in the light of government policies and reforms proposed in the legal framework and the State apparatus in the Federal Constitution of 1988 and the post-Constitution period. This is an exploratory study, developed on the basis of documents and analysis of data obtained and/or constructed from primary sources, secondary sources, press officers and sites of interest. The methodological approach adopted for the development of the research allowed the use of a model of triangulation of methods. Quantitative data were presented through the construction of a historical series, for the years 1995 to 2012, organized into annual averages for periods, which correspond to the Governments of Presidents FHC, Lula and beginning of Rousseff's Government. In data analysis, we sought to establish comparatives in absolute values and percentages between Health Spending, Budget, Gross Domestic Product, Income, Tax Burden, Public Debt and a Primary Surplus. In the analysis of qualitative data, we sought to identify how the design and development of the SUS, in front of two political projects, distinct at first, and in dispute. We analyzed the legal framework of the Unified Health System (SUS) and its changes, the political and economic context in which the SUS and health spending emerges and develops, with the purpose of identifying the movement and set up model established in SUS, in a context marked by the dominance of neoliberal policies. The results of the study show that the implementation of the Brazilian economic policy, mainly in the field of fiscal policy, was directed, over the period studied by the precepts of liberal hegemonic prescription, and the funding from SUS has accompanied this movement. Manifested in the study an antagonistic character of the Unified Health System (SUS); revealed by the inaugural design of the SUS, sometimes marginal, sometimes well aligned with the hegemonic economic policy – neoliberal; and the implementation of health

Abstract

policy in line with the neoliberal policies. The consequence of that policy was the underfunding of SUS in FHC, Lula Governments and it manifests the same trend in the early Government of President Dilma Roussef. The study concludes that the underfunding of the Health System, in Brazil, in the period of 1995 to 2012, manifested as a State policy followed by all governments. In the final considerations, the author points out, among other things, to the importance of the achievement of more resources for health not as an end in itself; to the extent that the political horizon the “Bill” that clears the federal legislature proposing more resources for health will not bring, according to the estimated data and presented in this thesis, a change in the paradigm of public spending in the health sector in Brazil; but a demonstration effect that a mobilization of this nature can bring to the transformations in the SUS, insofar as it can inflame the agenda of discussions of this system and other sectors for the importance of consolidating the right to health.

I. INTRODUÇÃO

1. Trajetória e implicações

Certamente o desenvolvimento desse trabalho será influenciado pela experiência acumulada nos anos que vivi como profissional do setor privado. Nesse período trabalhando no chão de fábrica, indústria têxtil, era minha função estudar o processo produtivo para a apuração dos custos e atribuição dos preços dos produtos. Estive próximo dos capitalistas que definiam a política da empresa e vi como esses procuravam se defender da crise, “vamos aumentar em 80% os preços da carteira de produtos neste mês”. Eram tempos difíceis pelos quais passou a economia brasileira, década de 1980, momento em que se deu o assentamento das ideias neoliberais, a crise da dívida externa, a estagflação e toda a sua decorrência para a economia brasileira. É nesse contexto que se constitucionaliza o Sistema Único de Saúde no Brasil, outubro de 1988, mês e ano em que esse economista, que optou pelo setor público em 1986, inicia sua trajetória profissional no campo da saúde. Trajetória até hoje marcada pela tentativa de aproximação da linguagem técnica do campo da saúde, com a linguagem técnica do campo da administração e finanças públicas, entendendo ser esse um dos entraves importantes para o desenvolvimento do SUS.

O universo de atuação de um profissional que vem da gestão do setor de saúde quase sempre o move para a objetividade e o direciona para a busca e o oferecimento de soluções. O que pode apresentar dificuldades e desafios adicionais para o desenvolvimento de um trabalho de pesquisa dessa natureza.

Mas a trajetória e inserção profissional do pesquisador em espaços de trabalho nos três níveis de governo, com participação ativa em debates e operações para a implementação das políticas instituídas, como tem ocorrido nos últimos 25 anos, compensa e agrega elementos que somente a vivência acadêmica não possibilitaria. Entendo que essa combinação fez bem à pesquisa.

Introdução

Ainda a formação pós-graduada e a atuação em questões áridas, para muitos do campo técnico da saúde, como orçamento, finanças e administração pública, associadas ao conhecimento dos meandros da burocracia, foram aspectos que influenciaram na escolha do objeto de estudo, favoreceram no desenvolvimento do trabalho e nos aproximaram do tema escolhido. Dessa forma não é possível negar, e o leitor vai sentir a presença neste trabalho do pesquisador, ator e servidor público, em simbiose, e a ausência do acaso na escolha do objeto, a impossibilidade do distanciamento do pesquisador do objeto de pesquisa, e a presença da intencionalidade na escolha do tema.

2. Expondo o campo problemático

Em função dessa trajetória, da presença nos fóruns de discussão do setor saúde, e do conteúdo apresentado e discutido na formação acadêmica, o que nos inquietou e nos provocou a discutir o tema do financiamento, é a observação do discurso recorrente da falta de recursos no setor saúde no Brasil, a constatação das dificuldades de implementação do instituído, e acompanhar a apresentação e adoção de novas institucionalidades e estratégias desviantes do marco legal.

A política de saúde aprovada pelos congressistas no âmbito da Assembleia Nacional Constituinte, e consignada no marco legal do SUS na Constituição Federal, estabelece um sistema, que segundo Fleury (2009):

...caracteriza-se pela universalidade na cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do Estado, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços nestas áreas, uma perspectiva publicista de cogestão governo/sociedade, um arranjo organizacional descentralizado (p. 745, 746).

O Sistema Único de Saúde constitucionalizado, definido como um direito de todos e dever do Estado, deve ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas (Brasil, 1988). Quis o legislador, em função do princípio do direito e do objetivo de resgatar décadas de déficit social, deixar claro a dependência do desenvolvimento do setor saúde às questões de políticas sociais e principalmente

Introdução

as econômicas. Desta forma não é possível tratar as questões da política de saúde de forma isolada, e sem considerar a sua articulação e dependência das questões econômicas, porque delas decorre, por exemplo, o nível de investimentos a serem realizados nessa política. O mesmo texto constitucional que tratou da interdependência entre essas políticas, não deu conta de garantir definições claras sobre o financiamento da política de saúde, e remeteu para discussão futura e o seu acolhimento em lei infraconstitucional.

O tema do financiamento aparece inicialmente de forma genérica no parágrafo único do artigo 198 da Constituição Federal - CF (Brasil, 1988), definindo que o SUS será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, dos entes federados, além de outras fontes, alterado posteriormente pela Emenda Constitucional nº 29/2000 (Brasil, 2000), que definiu qual seria de fato a aplicação de recursos de cada ente federado no financiamento, e que só foi regulamentada pela Lei Complementar nº 141 em 2012 (Brasil, 2012).

Transitoriamente, estava previsto ainda na CF que até a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, seriam destinados ao setor de saúde (Artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias). O que não foi cumprido.

Vários estudos discutindo a questão do financiamento do sistema de saúde, com os quais dialogamos nessa tese, foram realizados no período pós-constituição de 1988. O que nos parece certo no SUS, embasado nesses estudos, é o discurso recorrente e a constatação do subfinanciamento do sistema. Apesar das autoridades econômicas afirmarem que sempre é possível fazer mais com menos, segundo Santos (2010), o SUS já vem “tirando água das pedras”.

Reconhecendo que o direito à saúde deve ser garantido por meio de políticas econômicas e sociais, e que o estudo do setor saúde não pode ocorrer a partir de uma análise intrínseca a ele, mas, a partir da compreensão da base material e das relações em que ocorreram ou ocorrem (Rizzotto, 2000), foi pretensão deste trabalho, tendo como referência os planos de análise: política

Introdução

econômica, política de saúde, e marco legal e regulatório; analisar as questões relativas ao financiamento e à alocação de recursos no SUS e, no contexto da hegemonia financeira na política econômica, tentar identificar em que medida o subfinanciamento do SUS se manifesta como uma política de Estado ou de governo, e se essa política se alinha ou não com a política hegemônica.

Discute-se ainda nesta pesquisa a constitucionalização e a institucionalização do sistema de saúde no Brasil, em um contexto marcado pelo domínio das políticas neoliberais. O tensionamento entre o projeto político-econômico hegemônico e as aspirações do movimento sanitário definiram e definem o SUS.

O pressuposto inicial da tese é de que há um subfinanciamento do SUS, e que a discussão da política econômica, da política de saúde e seu financiamento, e das reformas propostas no arcabouço legal e no aparelho do Estado no período pós-constituição de 1988, podem revelar um projeto engendrado de subfinanciamento do sistema, que se manifesta como uma política de Estado.

Nesta tese procurou-se compreender o contexto em que se deu a concepção do SUS e o “meio de cultura” em que ele se desenvolveu, como condição para a possibilidade de realização da análise dos (des)caminhos percorridos pelo sistema, com foco no financiamento, no seu primeiro quarto de século.

Os elementos apresentados na tese nos permitiram a discussão de três questões fundamentais para o seu desenlace:

1) Em que contexto político e econômico emerge e se desenvolve o SUS?

2) A discussão do financiamento do SUS e das reformas propostas no arcabouço legal e no aparelho do Estado, no período pós-constituição de 1988, devem revelar a marginalidade ou o alinhamento do SUS à hegemonia política e econômica vigente?

3) O subfinanciamento do SUS se manifesta como uma política de Estado ou de governo?

3. Objetivos da investigação

Objetivo geral

Analisar as questões relativas ao financiamento e à alocação de recursos no SUS e, no contexto da hegemonia financeira na política econômica, tentar identificar em que medida o subfinanciamento do SUS se manifesta como uma política de Estado e/ou de governo, e se essa política se alinha ou não com a política hegemônica.

Objetivos específicos

1. Discutir o contexto político e econômico em que emerge e se desenvolve o SUS;
2. Apresentar o marco legal do SUS e suas alterações;
3. Discutir a constitucionalização e a institucionalização do SUS;
4. Analisar os gastos com saúde no período de 1995 a 2012;
5. Analisar alguns indicadores econômicos no período 1995 a 2012;
6. Estabelecer comparativo entre os gastos com saúde e indicadores econômicos nos governos FHC e Lula e a tendência verificada nos dois últimos anos do período pesquisado.

4. Estrutura da tese

Partindo do pressuposto inicial de que o recurso financeiro é apenas um instrumento para dar conta de implementação de uma política, e que a partir da análise do comportamento dos investimentos realizados nessa política, em dado período, poder-se-ia constatar a prioridade e o cumprimento do instituído, tratamos então de buscar a compreensão de que política é essa, quais são os seus determinantes e como ela se desenvolveu.

Na busca pelas determinações e exposição do objeto, política de saúde, no capítulo 1 procurar-se-á a aproximação, descrição e a compreensão dessa política a partir da análise de suas raízes no contexto da economia capitalista. A importância do setor saúde na economia capitalista é dada não só pela necessidade de reprodução da força de trabalho, mas por ser este um dos mais importantes setores da atividade na economia mundial, com participação no

Introdução

Produto Interno Bruto em 2011, segundo dados do Banco Mundial, que alcançaram 18% nos EUA, 12% na França, 11% no Canadá, 10% em média nos países da União Europeia e 9% no Brasil. Dessa forma a política de saúde é determinada e afetada diretamente pelo comportamento da economia.

Ao longo de sua história as economias capitalistas enfrentaram crises importantes e enfrentarão outras, porque a crise é da natureza do capitalismo. Dessa forma iniciamos a tese pela discussão da natureza cíclica do sistema capitalista que provoca tensões e mudança de paradigmas Kuhn (2009), determinando entre outras coisas o modo de produzir saúde.

Ainda que breve, mas suficiente para os nossos propósitos, a primeira seção do capítulo 1 ocupa-se da análise comportamento da economia mundial em dois momentos cíclicos do capitalismo que influenciaram na política de saúde. O primeiro se refere ao período que ficou conhecido como “anos dourados do capitalismo” (1945 a 1973), que representou uma fase de crescimento imediatamente após a grande crise econômica da década de 1930, que chegou a pôr em xeque a sobrevivência do sistema capitalista.

Após o período de crescimento econômico relatado, o segundo momento de ciclo capitalista que iremos discutir se refere a crise econômica que se abateu sobre a economia mundial a partir da década de 1970 e que se estende até hoje. No campo da economia reacende a chama das ideias liberais, conhecida como neoliberalismo. A hegemonia neoliberal desses novos tempos trouxe consigo a globalização e o domínio do capital portador de juros sobre o capital produtivo. A economia mundial passa a apresentar períodos cada vez mais curtos de crise sistêmica, com baixo e irregular crescimento. Para o Brasil, do ponto de vista econômico, a década de 1980 pode ser considerada como uma década perdida, apresentando uma ligeira recuperação na década de 1990, e um crescimento regular na década de 2000.

Se o setor saúde é diretamente afetado por decisões políticas, macroeconômicas, pela inserção internacional do País, pelos arranjos institucionais e pelas decisões sobre o modelo de proteção social brasileiro,

Introdução

buscamos na seção seguinte do capítulo 1 entender como se deu a concepção, a institucionalidade e o meio em que se desenvolveu o sistema de saúde no Brasil. Apresentamos ainda neste capítulo o posicionamento de alguns atores no sentido de localizar o SUS, nos marcos e ideias orientadoras da política adotada no Brasil e no exterior. A questão da hegemonia no campo das políticas econômicas e sociais é discutido.

Com a finalidade de apresentar como a área de saúde se configura 25 anos após a promulgação da Constituição Federal, com foco no financiamento, no capítulo 2 tratamos de descrever a conformação atual do sistema de saúde no Brasil, a partir da análise do marco legal e da implementação do sistema. A descrição do movimento político e a correlação de forças que construíram e adequaram o marco legal pós-constituição de 1988 foi necessária, para a compreensão do contexto interno em que se dá a disputa política para a conformação do sistema. Em seguida abordamos quais foram os caminhos, os atores e os tempos em que se deram as adequações do marco regulatório. Os embates políticos e os interesses em disputa são tratados neste tópico.

No capítulo 3 buscar-se-á a demarcação da política de saúde no Brasil. De que política estamos falando? Discutimos o instituinte e o instituído na política de saúde.

No capítulo 4 discute-se o projeto político e econômico vencedor e implantação, abordando a questão da hegemonia financeira e a financeirização dos orçamentos públicos no Brasil, com o objetivo de compreender a política de saúde e a natureza do subfinanciamento do sistema no contexto macroeconômico.

Na última seção deste capítulo apresentamos os gastos com saúde no Brasil e no exterior, realizando uma análise do gasto do governo federal com saúde, buscando a sua articulação com alguns indicadores de política econômica, e com os resultados das discussões precedentes. A opção de agregar os dados por períodos, para a realização da análise do financiamento do SUS, nos permitiu comparar o desempenho de gestões de governos no âmbito federal.

As nossas considerações finais concluíram o trabalho.

II. PROCESSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de estudo exploratório, desenvolvida com base em documentos e análise de dados obtidos em fontes primárias, secundárias, fontes oficiais, imprensa e sítios de interesse.

Dado a característica do objeto, histórico, portanto provisório, dinâmico e específico (Minayo, 1992) e a busca da compreensão dos núcleos argumentais e das categorias analíticas definidas na pesquisa, utilizou-se para a realização do estudo os pressupostos da hermenêutica como referencial teórico, que entre outras coisas busca não as intenções ocultas a serem procuradas detrás do texto, mas um mundo a ser manifestado diante dele (Ricoeur, 1990).

Pretendeu-se dialogar com o material na perspectiva do sentido geral da obra, o que Hans-Georg Gadamer chama de a “coisa do texto”, fazendo referência às possibilidades de abertura de mundo que o texto revela. (Ricoeur, 1990).

A estratégia metodológica adotada para o desenvolvimento da pesquisa permitirá a utilização de um modelo de triangulação de métodos, na medida em que se pretende aprofundar as questões da pesquisa qualitativa, utilizando-se o referencial hermenêutico, a partir da construção de uma base quantitativa. Segundo Minayo (2006):

A postura dialética leva a compreender que dados subjetivos (significados, intencionalidade, interação, participação) e dados objetivos (indicadores, distribuição de frequência, e outros) são inseparáveis e interdependentes. Ela permite criar um processo de dissolução de dicotomias: entre quantitativo e qualitativo; entre macro e micro; entre interior e exterior; entre sujeito e objeto (p. 32).

Na utilização do modelo utilizamos os ensinamentos de Onocko Campos (2001) que de acordo com a autora:

...a hermenêutica não pode ser considerada um método na acepção cartesiana do termo, segundo a qual, diz Gadamer: *“um uso metódico e disciplinado da razão é suficiente para nos proteger de qualquer erro”* (Idem: 416). Com isto, aproximamo-nos da abordagem hermenêutica em busca de uma postura, que não poderia ser chamada de metodológica na acepção cartesiana, mas sim na de Castoriadis, ou seja, conceitos,

Processo Metodológico

categorias e uma forma de se abrir a eles e levantar perguntas, interrogar os textos (p.49).

O trabalho foi iniciado com a delimitação do tema de estudo, identificação das fontes de informação e a definição de onde obter, como produzir, e forma de analisar e apresentar os dados. O passo seguinte – após a definição das categorias de análise/núcleos argumentais: políticas econômicas, políticas sociais/saúde, marco legal, projetos do executivo e legislativo e financiamento do SUS – foi a identificação dos documentos nas bases de dados e a revisão da literatura.

A partir daí as fases seguintes foram a leitura, organização do material, interpretação e análise, estabelecendo relação entre o conhecimento adquirido com as questões do estudo.

O estudo está circunscrito ao período de 1988 a setembro/2013, com recorte para análise do financiamento para o período de 1995 a 2012. A categoria de análise financiamento do setor saúde será utilizada como referência para discussão da política de Estado vis-à-vis às políticas de governos. O foco do trabalho é o estudo de quatro gestões (dois governos FHC, dois governos Lula), o início do governo Dilma (dois anos), e de dois projetos políticos (Partido da Social Democracia Brasileira - PSDB e Partido dos Trabalhadores - PT).

2.1. Fontes documentais

As fontes primárias para a realização do presente estudo foram dados obtidos em órgãos do Ministério da Fazenda (MF) – Secretaria do Tesouro Nacional (STN) e Secretaria da Receita Federal (SRF) – do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) – Secretaria de Orçamento Público (SOP) – do Ministério da Saúde (MS) – Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) – e dados secundários colhidos em bibliotecas e sítios de interesse como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Banco Mundial (BM), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisas

Processo Metodológico

Econômicas Aplicada (IPEA), Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA), Câmara dos Deputados, Tribunal de Contas da União, e Ministério da Saúde.

2.2. Produção/Coleta de Dados

No Brasil, a falta de um sistema de contas nacionais para o setor saúde dificultou durante anos a produção científica e a discussão de trabalhos, a partir de uma base única, oficial, e consistente. Somente em 2008 é publicado um trabalho com dados oficiais das contas do setor saúde, que passa a fazer parte do Sistema de Contas Nacionais – SCN (IBGE, 2008). O SCN sintetiza as informações econômicas de um país e está estruturado a partir de uma metodologia padrão, elaborada pela Organização das Nações Unidas – ONU, em parceria com o Fundo Monetário Internacional – FMI, Banco Mundial, entre outros, contidas em manual de 1993 (IBGE, 2012). A apuração dos dados do setor saúde, chamada Conta-Satélite de Saúde – CSS¹, dentro do SCN, está a cargo de um Comitê Gestor e de um Grupo Executivo instituído por meio de portaria interministerial², somente em 2006.

Uma das fontes importantes de informação do SUS, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, que permite a apuração e divulgação de forma institucional dos gastos com saúde, foi instituído no âmbito do Ministério da Saúde, em outubro de 2000, por meio de portaria³, com todas as dificuldades de implantação e adesão. Apesar de ter sido instituído em

¹ As chamadas contas-satélites são uma extensão do Sistema de Contas Nacionais (SCN) e foram criadas para expandir a capacidade de análise das Contas Nacionais sobre determinadas áreas, como a saúde. A CSS sistematiza informações sobre as atividades econômicas relacionadas aos bens e serviços de saúde, como, por exemplo, emprego, investimentos e consumo de bens e serviços de saúde.

² Portaria Interministerial nº 437, de 1º de março de 2006, expedida pelos Ministérios da Fazenda, da Saúde e do Planejamento, Orçamento e Gestão, cujo objetivo é formalizar a conjugação de esforços para a implementação e manutenção das contas de saúde do Brasil. A portaria definiu um Comitê Gestor composto por representantes do Ministério da Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, e da Secretaria de Política Econômica do Ministério da Fazenda. O Grupo Executivo – responsável pelos trabalhos de implementação das contas de saúde – é composto por representantes técnicos do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, da FIOCRUZ, do IBGE e do IPEA.

³ Portaria Conjunta MS e Procuradoria-Geral da República nº 1.163 de 5 de outubro de 2000 institui o SIOPS no âmbito do Ministério da Saúde e disciplina sua implementação.

Processo Metodológico

2000, foi somente em 2012, com a publicação da Lei Complementar n. 141 (Brasil, 2012), que os gestores do SUS passaram a ter obrigatoriedade de alimentação do sistema, sem o que sofrem as penalidades impostas pela referida Lei. O SIOPS é utilizado na composição da Conta Satélite da Saúde.

Segundo Soares (2007), muitas informações divulgadas sobre o setor saúde são trabalhos produzidos por pesquisadores isolados, por núcleos de estudos situados na academia ou nos serviços a partir de dados que são coletados das mais diferentes formas e lugares, de instituições governamentais, não governamentais e organismos internacionais. Não obstante a relevância dessa produção e acúmulo de conhecimento, ela carece de sistematização, organização e alinhamento de metodologia para que se possa estabelecer séries históricas e realizar comparativos. A estruturação de uma área oficial para estudo da Economia em Saúde é estratégica e esta foi criada em 2003. Mendes e Marques (2006), afirmam:

A institucionalização da economia da saúde ganhou contornos mais definitivos em 2003, quando da reestruturação do Ministério da Saúde foi criado o Departamento de Economia da Saúde junto a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos... (p. 262; 263)

Dentre várias definições de economia da saúde, Del Nero (1995) propõe uma definição específica, como sendo:

O ramo do conhecimento que tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados (p.19).

Haja vista a dificuldade de obtenção de dados no campo da Economia em Saúde, o trabalho em rede se faz necessário. Foi criada em maio de 2011, no âmbito do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID), do Ministério da Saúde, a Rede de Economia da Saúde para a Gestão do SUS – Rede Ecos, entendida como uma rede de cooperação técnica, que tem por objetivo principal contribuir para o

Processo Metodológico

desenvolvimento do campo da Economia da Saúde no SUS. Suas vertentes principais são:

- a) implementação de políticas públicas em Economia da Saúde;
- b) produção e disseminação da informação; e
- c) fomento à formação de técnicos e gestores do SUS.

O objetivo da Rede Ecos é avançar na direção da integração dos Núcleos de economia da Saúde – NES, dos Núcleos de Apoio ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Neasiops), da rede da Biblioteca Virtual em Saúde Economia da Saúde Brasil (BVS Ecos) e do Banco de Preços em Saúde (BPS), com finalidade precípua de fomentar a institucionalização da Economia da Saúde no SUS, com conseqüente incorporação do conhecimento dessa área no processo decisório para aumentar a eficácia, a efetividade e a eficiência no uso dos recursos públicos.

A Rede Ecos deve trabalhar em cooperação com a Grupo Executivo de Contas de Saúde do Brasil, responsável pela elaboração da Conta-Satélite de Saúde (Vieira e Souza, 2012).

Dado o quadro apontado, a produção do presente trabalho buscou nas redes os dados necessários para o seu desenvolvimento. A combinação de fontes foi uma marca do trabalho.

2.2.1. Bibliográficos

Na realização desta pesquisa buscou-se a produção de alguns trabalhos de interesse publicados no período estudado sobre os temas:

- a) Economia, com ênfase na economia política e da saúde, com o objetivo de compreender a conjuntura, a sua conformação e as teses hegemônicas do período;
- b) Políticas de saúde, com ênfase em gastos, financiamento e economia da saúde, com o objetivo de verificar os trabalhos e os autores e atores que são referência nesse campo de estudo;

Processo Metodológico

A partir dos temas selecionados realizou-se a pesquisa nas fontes de informação selecionadas para busca de trabalhos de interesse, como Sistema de Bibliotecas da Unicamp, Instituto de Economia da Unicamp – Plataforma Política Social, Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo, Biblioteca Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, sítio da Organização Mundial de Saúde, sítio do Banco Mundial, sítio do Banco Interamericano de Desenvolvimento, sítio do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, sítio do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicada, entre outros,

2.2.2. Documentais

Para o levantamento dos documentos de interesse, os seguintes temas foram selecionados:

- a) Economia
- b) Gastos com saúde
- c) Orçamento
- d) Marco Legal do Brasil e regulamentações

2.3. Organização e análise dos dados

Os dados quantitativos foram apresentados por meio da construção de uma série histórica, para os anos de 1995 a 2012, e organizados em médias anuais de cinco períodos: 1995-1998, 1999-2002, 2003-2006, 2007-2010 e 2011-2012. Na análise dos dados buscou-se estabelecer comparativos em valores absolutos e percentuais entre os gastos com Ações e Serviços Públicos de Saúde, Gastos Totais com Saúde, Orçamento Geral da União, Produto Interno Bruto, Receita Corrente Bruta, Receita Corrente Líquida, Carga Tributária, Dívida Pública, Juros e Encargos da Dívida e Superávit Primário. O resultado da análise desses dados – discutidos à luz do marco regulatório do SUS e da economia política dada no período – permitiram estabelecer as discussões e considerações do trabalho.

2.3.1. Política de saúde, economia política e da saúde

Da bibliografia extraída das bases de dados, procurou-se identificar como se deu a concepção e o desenvolvimento do SUS, no período estudado, diante de dois projetos econômicos, a princípio distintos e em disputa. O marco regulatório foi organizado por data, tipo de norma, tema e assunto.

2.3.2. Gasto do Governo Federal com Saúde e indicadores econômicos.

Os dados foram organizados em tabelas e a análise dos dados dos gastos com saúde, frente a alguns indicadores econômicos, foi realizada utilizando-se orçamento executado⁴, convertido a preços reais de dezembro de 2012. Os dados contemplam o Gasto Total Federal com Saúde – GTFS e os gastos com Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS. Os gastos com ASPS se referem aos GTFS excluído os valores relativos a inativos e pensionistas, além dos encargos da dívida (juros e amortizações), e ao Fundo de Combate a Erradicação da Pobreza.

O Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IPCA/IBGE, acumulado do ano, foi a base para correção dos dados⁵. A opção de escolha do IPCA/IBGE se deu em função de ser este o índice oficial de apuração da taxa de inflação no Brasil, e servir de base para correção de indicadores e monitoramento das metas de política monetária e política fiscal, acordadas com o Fundo Monetário Internacional – FMI no acordo de empréstimo realizado com o Brasil em 1998, com os quais vamos dialogar nesta tese.

⁴ Nesse estudo Orçamento executado se refere às despesas efetivamente empenhadas.

⁵ Para efeito de comparação de dados em uma mesma base, é necessário a realização de um processo de correção de valores nominais em valores reais. Para isso deve-se descontar dos valores financeiros a influência da variação generalizada dos preços (inflação).

III. RESULTADOS E DISCUSSÃO

CAPÍTULO 1. A NATUREZA CÍCLICA DO CAPITALISMO E A INSERÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO ECONÔMICO.

...o relato histórico sempre transforma a verdadeira ordem de interesse e de interrogação. É no presente que os problemas solicitam uma reflexão. Se a reflexão leva a uma regressão, a regressão é necessariamente relativa à reflexão. Assim, a origem histórica importa menos, na verdade, que a origem reflexiva (George Canguilhem, 2002, p.41).

Partindo do reconhecimento de que o direito à saúde deve ser garantido por meio de políticas econômicas e sociais, e que o estudo de qualquer política social não pode ocorrer a partir de uma análise intrínseca a ela, buscamos nesse capítulo a descrição de alguns elementos que entendemos ser importantes para compreensão da complexa política do campo da saúde com a qual iremos nos aproximar nas páginas seguintes. No exame da política de saúde, que está sujeita a constantes mutações em um processo dialético que nos possibilita a aproximação, descrição, compreensão e exposição do objeto às suas determinações e nunca à sua definição, como nos ensina Marx (Mendes, 2012).

Para os nossos propósitos, discutiremos nesse capítulo algumas determinações importantes para a conformação e o financiamento da política de saúde no Brasil.

O modo de produção capitalista, motivado pela compulsão a acumulação privada da riqueza, traz consigo os elementos que possibilitam o seu crescimento e a sua crise. Presente nas discussões marxistas, já no volume I do Capital, a questão da natureza cíclica do capitalismo, como uma característica endógena ao próprio sistema, é desenvolvida por economistas do século XX, como Michal Kalecki, John Maynard Keynes, Ernest Ezra Mandel, entre outros. As teses de Keynes se destacaram, na medida em que foram concebidas em um dos momentos de crise cíclica do capitalismo e serviram de referência e foram

Resultados e Discussão

utilizadas como instrumento e diretrizes de política econômica para superação da crise, com sucesso.

As intervenções de política econômica adotadas em quase todas as economias capitalistas desenvolvidas no pós-guerra foram certamente influenciadas pelos ideais keynesianos. Keynes, a partir da preocupação com a crise econômica e de desemprego que se abateu sobre as economias desenvolvidas com a crise de 1929 e a grande depressão da década de 1930, desenvolve uma teoria a partir da crítica à teoria neoclássica, até então hegemônica nas economias capitalistas mas que não deu conta de explicar e propor políticas de intervenção e superação da grave crise que se abateu sobre os países centrais nesse período. O arcabouço da teoria neoclássica tinha como centro a chamada “Lei de Say”, que defendia como um dogma que toda a oferta gera a sua própria demanda, e que, portanto, não haveria a possibilidade de crise de superprodução capitalista, uma vez que a acumulação e o desenvolvimento capitalista dependem apenas da produção. Aliás, a intervenção do Estado na vida econômica e a utilização dos gastos públicos para o aumento da produção, uma vez que toda e qualquer oferta haverá de ter a sua correspondente demanda, é rejeitada por essa doutrina.

No centro da teoria keynesiana está colocada a questão da demanda efetiva. Para Keynes, os níveis de produção e de emprego de uma dada economia são determinados pelo ponto de equilíbrio entre oferta e demanda agregada. Dessa forma, as crises, inerentes ao sistema capitalista, desconsideradas pelos economistas neoclássicos, estão relacionadas ao desequilíbrio entre um dos fatores que compõem a demanda agregada, de um lado, a demanda por bens de consumo e de outro por bens de investimentos. Se o comportamento da atividade econômica depende do comportamento da variável demanda por bens de consumo e esta é estável, uma vez que primordialmente é função da renda, resta considerar que a característica cíclica do sistema capitalista está diretamente relacionada à variação no comportamento da demanda por bens de investimentos.

Resultados e Discussão

É da própria natureza do capitalismo sua característica cíclica, com períodos de crescimento seguidos de períodos de depressão, Para Keynes:

Por movimento cíclico queremos dizer que, quando o sistema evolui, por exemplo, em direção ascendente, as forças que o impelem para cima adquirem inicialmente impulso e produzem efeitos cumulativos de maneira recíproca, mas perdem gradualmente a sua potência até que, em certo momento, tendem a ser substituídas pelas forças que operam em sentido oposto e que, por sua vez, também adquirem intensidade durante certo tempo e fortalecem-se mutuamente, até que, alcançado o máximo desenvolvimento, declinam e cedem lugar às forças contrárias. Todavia, por movimento cíclico não queremos dizer simplesmente que essas tendências ascendentes e descendentes, uma vez iniciadas, não persistam indefinidamente na mesma direção, mas que acabam por inverter-se, queremos dizer, também, que existe certo grau reconhecível de regularidade na sequência e duração dos momentos ascendentes e descendentes (Keynes, 1985, p.217).

A crise de sistema capitalista, enquanto fenômeno endógeno ao próprio sistema, está relacionada com a geração, cíclica, de expectativa declinante da taxa de lucro, “aposta que se faz no futuro”. A decisão de investimento só se da em favor de mais uma unidade produtiva se a taxa de retorno de investimento – chamado por Keynes de eficiência marginal do capital – for maior que o retorno do investimento aplicado no mercado financeiro. Quanto maior a acumulação capitalista em determinado setor – o que Michal Kalecki chamou de departamento – maior a expectativa quanto ao declínio do retorno do capital empregado naquele setor/departamento.

O volume crescente de capital constantemente reempregado para gerar mais dinheiro, dentro de teia de transações cada vez maior e complexa, tem um limite endógeno – as pressões sobre a taxa de lucro – que gera, ciclicamente, expectativas quanto à queda dessa taxa. Quando a expectativa de queda futura na taxa de lucro provoca a suspensão das decisões de investir, há uma suspensão abrupta do consumo produtivo, significando a paralisação da acumulação capitalista. Essa paralisação torna-se visível na parada súbita da oferta de crédito (ver Mazzucchelli,

Resultados e Discussão

2004). O momento seguinte é de falências em cadeia (Moraes, 2009, p.46).

Nos ciclos de crescimento e acumulação capitalista estão os germes do seu declínio. Dessa forma a situação de crise capitalista não é uma anomalia e nem um erro de política econômica, é da natureza do sistema.

Somente a retomada das expectativas futuras, quando a flutuação positiva da taxa de lucro permite a superação do ciclo de crise. Se a manifestação da crise é dada pela acumulação excessiva de mercadorias na forma de capital, somente a sua “destruição” permite o retorno à acumulação. E essa decisão não é e não pode ser uma decisão técnica do campo da economia.

A experiência histórica mostra que essa redução da riqueza depende da concorrência e da capacidade de cada Estado nacional de fornecer proteção aos capitais de propriedade de seus nacionais ou em funcionamento em seu território. Por essa razão, o momento da crise econômica é também um momento de elevação das tensões políticas dentro da sociedade – entre classes ou grupos de classes –, entre partes desta e o Estado, bem como entre diferentes Estados (Moraes, 2009, p.46, 47).

Apesar do sucesso verificado nos resultados econômicos no pós-guerra, advindos da aplicação prática das proposituras keynesianas, Mandel (1985) sustenta que nenhuma proposta de política intervencionista pode neutralizar a natureza cíclica do capitalismo. Essa natureza cíclica provoca tensões paradigmáticas no seio das economias capitalistas, gerando momentos de crescimento e crise econômica, e o surgimento de novos projetos políticos, econômicos e sociais.

1.1. Economia e neoliberalismo

1.1.1. Contexto político e econômico

Um dos momentos mais importantes dos ciclos de crescimento capitalista se convencionou chamar, nos meios econômicos, de “anos dourados do capitalismo” (1945 a 1973). Esse crescimento foi propiciado pela implementação

Resultados e Discussão

de um conjunto muito bem articulado de propostas teórico práticas, chamadas de keynesianas. Essas propostas foram utilizadas em larga escala e se consolidaram como referencial de política econômica, sendo decisivas para a superação da depressão econômica, verificada principalmente nos países centrais, da década de 1930.

A intervenção do Estado na economia, abominada no discurso dos liberais e dos novos liberais, foi fundamental para a superação da crise capitalista que se instalou na economia mundial após o *crack* de 1929⁶. A utopia burguesa do mercado autorregulável foi suplantada pela “ideologia do Estado-plano keynesiano, que supõe uma sociedade funcionando como um carrossel” (Farias, 2000, p. 42).

Quando examinamos a economia mundial, que viveu no pós-guerra um período de crescimento importante, impulsionada pela implementação das ideias keynesianas, observamos taxas médias anuais de crescimento na casa dos 5% no período de 1945 a 1973. A Europa Ocidental cresceu 4,8% e os EUA cresceram 3,9%. O crescimento apontado pode ser explicado pela forte intervenção do Estado na economia como agente gerador de confiança, indutor e realizador de investimentos, criando expectativas positivas, conforme os ensinamentos de Keynes, buscando o crescimento e a recomposição da demanda efetiva. O Brasil cresceu nesse período 7,4%, portanto, acima da média mundial.

A importância das políticas sociais para o desenvolvimento econômico foi a tese que permitiu, nesse período, a introdução de políticas do chamado Estado de Bem-estar Social (Welfare State). As medidas de proteção social adotadas principalmente nos países centrais foram impulsionadas pela forte intervenção do Estado. É nesse momento que se implanta, principalmente na Europa e Canadá,

⁶ Queda da Bolsa de Valores de Nova York, ocorrida em 29 de outubro de 1929, quando as ações das grandes empresas sofreram uma grande perda. O que ocasionou uma crise no setor produtivo, paralisando as encomendas e produção de bens, impactando diretamente o nível de empregos, e produzindo crise em escala mundial.

Resultados e Discussão

políticas no setor saúde com as características que décadas depois iríamos discutir e implantar no Brasil, o SUS. As bases dessa política, apesar de serem implantadas nesse período, tiveram forte influência da política de saúde proposta pelo Conselho Consultivo de Serviços Médicos e Afins, nomeado pelo Ministro da Saúde do Reino Unido, em 1919, que ofereceu a esse um relatório chamado “Informe Dawson”, em 1920. Nesse relatório já se encontram os elementos que futuramente estariam presentes nos chamados sistemas nacionais de saúde (OPAS, 1964). No Brasil se processava a política de capitalização e expansão do setor privado a partir da concessão de benefícios a esse setor pelo Estado.

Na década de 1970 reacende a chama neoliberal a partir da queda no crescimento econômico ocasionada por efeitos combinados, que teve como gatilho o rompimento da conversibilidade do padrão dólar-ouro (Almeida, 2001), de forma unilateral pelos EUA, gerando uma crise no sistema monetário internacional em 1973.

Para dar a dimensão da crise, o preço do barril do petróleo, expresso em dólares de 2003, que esteve em torno de 11 dólares por cerca de 20 anos (1950 – 1970), saltou para 42 dólares em 1973 e para 80 dólares em 1979, (Soares, 2007).

...incertezas que afetaram a economia americana com a crise do dólar de 1971 e 1973, que desarticulava algumas das pilastras que regulavam a economia internacional desde os arranjos de Bretton Woods. Igualmente, as economias centrais impediram, às custas de um injusto endividamento das nações não desenvolvidas, que o inadiável realinhamento dos preços da energia ocorrido ao final de 1973, depois de duas décadas de recuos sistemáticos nos preços do petróleo, desorganizasse as economias industrializadas, extremamente dependentes daquela fonte de energia, e assim afetasse o global da economia mundial (Munhoz, 2009, p.74).

A despeito do cenário internacional, e quando todos os indicadores apontavam para a desaceleração da economia mundial, o Brasil mantém o seu modelo de desenvolvimento econômico baseado na captação de recursos externos abundantes nos bancos internacionais no início da década de 1970

Resultados e Discussão

(Teixeira, 2007); (Soares, 2007), apresentando um crescimento médio anual de 8,3% no período de 1970 a 1979.

O principal efeito da queda do crescimento econômico foi a quebra de confiança no sistema de Bretton Woods, atingindo o coração das teses keynesianas – expectativas positivas e estabilidade. Estavam dadas as condições para o retorno das ideias liberais.

A economia mundial se apresenta no início da década de 1980 em recessão. Na tentativa de superar a recessão países centrais, como EUA e Grã-Bretanha, aplicam um conjunto de medidas práticas “oferecidas” pelos novos liberais (Dortier, 2002). Uma das medidas adotadas pelos EUA, no início da gestão do presidente Ronald Reagan, foi o aumento da taxa de juros. A taxa norte-americana, que estava situada em torno de 5,7% a.a; em 1974, passou a 18,9% a.a; em 1981. Essa medida trouxe reflexos imediatos e forte crise econômica, principalmente nos países periféricos.

No campo da saúde verifica-se no sistema referência para os sistemas nacionais de saúde, a Grã-Bretanha, alterações importantes introduzidas na política de saúde pelo governo conservador da primeira ministra Margareth Thatcher. O receituário neoliberal é utilizado, introduzindo medidas restritivas com ênfase ao gerencialismo, ao mercado interno, e a competição (Conill, 2006).

O Brasil que havia feito a opção pelo crescimento via captação de recursos externos estava, no início da década de 1980, vulnerável, e a crise se abateu sobre a economia brasileira ocasionada pelo choque externo devido ao aumento da taxa de juros internacionais, referida acima, e pela explosão dos preços do petróleo nos anos 1970 (Soares, 2007).

O choque externo que levou a dívida externa brasileira de US\$ 12,5 bilhões em 1974, para U\$ 61,4 bilhões em 1981, somado à escassez de recursos internacionais nesse período, marca o esgotamento da estratégia de crescimento econômico baseado na captação intensiva de recursos externos. A deterioração das relações de troca, ocasionada pela queda dos preços das commodities, e o desaparecimento do crédito financeiro ocasionado pela elevação do risco, em

Resultados e Discussão

decorrência da moratória mexicana, contribuíram para a desestabilização da economia brasileira. Em 1990, o estoque da dívida externa brasileira alcançou a cifra de US\$ 123 bilhões. Nesse quadro de crise o Brasil recorre, no início da década de 1980, ao Fundo Monetário Internacional – FMI e ao Banco Mundial a fim de buscar empréstimos para saldar as dívidas com os credores (Soares, 2007). O que obrigou o Brasil a adotar as políticas macroeconômicas ortodoxas “oferecidas” pelo chamado “Consenso de Washington”. Sobre assunto trataremos mais a frente.

No setor saúde, ainda sem a implantação do SUS, que viria a ocorrer somente no fim da década de 1980, registra-se um importante crescimento do setor privado, influenciado pelo modelo de desenvolvimento capitalista implantado no Brasil desde a década de 1960. O Estado ofereceu incentivos para construção e aquisição de equipamentos hospitalares, ampliou os benefícios fiscais ao considerar planos privados lucrativos, como entidade filantrópica, e estabeleceu um marco legal e regulatório favorável à expansão do setor privado de saúde (Ocké-Reis, 2010). Essa política implementada privilegiou a prática médica curativa e a produção privada de serviços de saúde. Esse período ficou conhecido como o período da capitalização da medicina (Braga e Silva, 2001).

A economia mundial passa por turbulências nas décadas de 1990 e 2000, em que a questão financeira se torna o eixo central das crises econômicas. Estudos recentes informam que a distribuição de renda piorou em 17 países europeus, de 1985 a 2008. A desigualdade alcançou o nível mais alto em 50 anos (Fagnani, 2012, p. 3). Na economia agora globalizada, a questão da especulação e da confiança, ou não, nos mercados financeiros se tornam elementos centrais para estabilizar ou desestabilizar as economias. Nessas duas décadas observamos duas grandes crises financeiras: a de 1997, com início do sudeste asiático, e a crise de 2008 iniciada nos EUA. O aspecto comum dessas duas crises foi justamente a quebra de confiança e a especulação quanto à capacidade dos credores, por motivos diversos, em honrar as suas dívidas. No caso norte-americano, credita-se o início da crise ao rompimento da bolha financeira

Resultados e Discussão

especulativa das empresas de tecnologia no início da década de 2000, o que gerou quebra de confiança e incertezas quanto ao futuro, espalhando rapidamente a crise para a maior parte das economias mundiais, gerando uma crise cujas proporções são consideradas por muitos economistas como semelhante à crise de 1929.

A crise chega à Europa na forma de uma crise financeira, em decorrência do forte endividamento público dos governos da chamada Zona do Euro. Algumas medidas foram adotadas entre elas a criação em 2010 do Mecanismo Europeu de Estabilidade e o Fundo Europeu de Estabilização Financeira, velho conhecido instrumento de política fiscal utilizado na economia brasileira, em acordo com o FMI, desde 1994. A partir desse momento o socorro aos países da Zona do Euro passam pela avaliação e aprovação da chamada Troika⁷ – comissão tripartite formada pela Comissão Europeia, Banco Central Europeu e pelo Fundo Monetário Internacional. Somente após a avaliação desse grupo é que empréstimos serão concedidos, sempre condicionados à adoção de um conjunto de medidas de política econômica e social “oferecidas” e acordadas em um documento assinado entre as partes, os chamados “memorandos”. A partir da assinatura do memorando, a política interna do país passa a ter autonomia relativa e fica sujeita ao monitoramento dessa Comissão, o que passa a ser um fato novo para os países europeus que tomam empréstimos⁸. Esse fato novo na Europa é velho conhecido no Brasil com as chamadas missões do FMI já na década de 1980.

Na busca pelo ajuste fiscal as recomendações da Comissão, ao propor cortes no orçamento do setor saúde, ameaçam a manutenção dos sistemas universais de saúde constituídos socialmente em décadas.

A economia mundial que apresentou um baixo crescimento na década de 1980, cresceu em torno de 3%, observou uma pequena recuperação na década

⁷ O termo Troika é utilizado aqui para designar a comissão tripartite composta pelo Fundo Monetário Internacional, Banco Central Europeu e Comissão Europeia, cujo objetivo é negociar com países que solicitam empréstimo, oferecendo a este recomendações de política econômica e posterior monitoramento das contas do governo.

⁸ Detalhamento sobre o conteúdo e a extensão desse documento por ser visto no memorando assinado pelo governo de Portugal com a Troika, disponível em: <http://s.economias.pt/ficheiro/memorando-de-entendimento-sobre-as-condicionalidades-de-politica-economica.pdf>

Resultados e Discussão

de 1990 com crescimento em torno 3%, tendo os EUA crescido em torno de 4,2%, e nos anos 2000 a economia mundial cresceu em torno de 4%, puxada pelo crescimento dos países emergentes que cresceram em torno de 7,5%, enquanto que as chamadas economias desenvolvidas cresceram em torno de 2,6%, reflexo da crise norte-americana e europeia.

Com um desempenho econômico pífio, para o Brasil, a década de 1980 pode ser considerada uma década perdida. A gestão do presidente FHC enfrentou na década de 1990 4 (quatro) crises econômicas: a crise mexicana de 1994, a crise asiática de 1997, a crise russa de 1998, e a própria crise brasileira de 1998, consequência das crises internacionais acima, de problemas estruturais advindos do plano de combate a inflação – Plano Real, somado a queda nos preços das *commodities*. O governo Lula inicia a sua gestão em 2003 numa conjuntura econômica internacional mais favorável e observa uma recuperação dos preços das *commodities*, o que permite ao Brasil retomar o crescimento nessa década. Depois de ter crescido a taxas médias anuais de 8,7% na década de 1970, cresceu apenas 1,7% na década de 1980, 2,6% na década de 1990 e 3,6% na década de 2000.

É nesse contexto de fragilidade econômica que a agenda neoliberal de reformas e abertura econômica, hegemônica e nada consensual, chega e se estabelece no Brasil, trazendo como consequência, entre outras coisas, a desregulamentação e a financeirização da economia (Bispo et al, 2009).

1.1.2. O Brasil e a agenda neoliberal

O Brasil vivenciou na década de 1980 um período de grande efervescência, no contexto do que se convencionou chamar de transição democrática e nova república. Tratando desse período, Aggio (1996) descreve:

Durante toda a década de 1980, assistiu-se a manifestações de descontentamento, luta pela redemocratização, comícios gigantescos e uma alegria inventiva das massas urbanas jovens, cuja energia jamais havia sido vista em todo período pós-guerra. Na arguta observação da

Resultados e Discussão

economista Maria da Conceição Tavares (1991), o Brasil destes anos complicou a avaliação tanto da direita, quanto da esquerda: ele já não era mais o Porto Seguro das elites e tampouco a Estação Finlândia das ilusões das esquerdas (p.61).

A discussão desse período, anterior e posterior à década de 1990, em que se presenciou por um lado a luta pela redemocratização do País e por outro o assentamento do pensamento neoliberal, é importante na medida em que vai influenciar as políticas sociais, e da saúde em particular, nos anos seguintes. Para isso, vamos nos valer de alguns trabalhos e autores considerados relevantes, para a compreensão do momento político, econômico e social pelo qual passou o Brasil.

Dado o importante acúmulo de trabalhos sobre o neoliberalismo, optamos em discutir o assunto, priorizando a apresentação de trechos do que está posto, pois como defende Hans-Georg Gadamer, os escritos tomam vida própria e se transformam em obra e “sob a forma escrita, todo o transmitido está simultaneamente aí para qualquer presente. Nela se dá uma coexistência de passado e presente única em seu gênero, pois a consciência presente tem a possibilidade de um acesso livre a tudo quanto se haja transmitido por escrito”. (Gadamer, 1997, p. 568).

Para as nossas pretensões em compreender o desenvolvimento do projeto de política de saúde, que estamos tratando nesta tese, é necessário o estudo da sua inserção no contexto político, econômico e social. E o contexto é de hegemonia neoliberal.

Segundo o sociólogo Jean-François Dortier “Os conceitos e as teorias dependem de um passado. Restituir um pensamento no seu espírito fundador é compreender melhor o projeto, o ponto de vista, as ideias-chave, e os programas de investigação respectivos” (Dortier, 2005, p. 14).

O pensamento liberal, que vinha sendo engendrado já no início da década de 1940, se estabelece como reação teórica e política contra o Estado intervencionista e de bem-estar (Rizzotto, 2000). O conjunto de recomendações dessa “nova” doutrina, que passou a ser reconhecida como neoliberalismo, tendo

Resultados e Discussão

como foco o livre mercado interno e externo, com o fim das políticas protecionistas, redução de impostos e tarifas alfandegárias e abertura comercial e financeira, redução da intervenção do Estado e desregulamentação da economia, busca do equilíbrio das contas públicas, por meio da redução de gastos sociais e privatizações.

Para Dortier, a partir da década de 1940 teorias com o objetivo comum de expulsar da vida econômica o Estado e restaurar o livre funcionamento do mercado, questionam o pensamento único até então keynesiano.

Esses partidários do laissez-faire vão aumentar o seu poder no seio do debate científico. Mas é com a crise instalada a partir de meados dos anos 70 que se implementam as políticas preconizadas por eles: explode a vaga liberal... A crise e a estagflação dos anos 70 irão trazer o triunfo das ideias liberais. Friedman figura da nova economia recebe o Prêmio Nobel de Economia de 1976. Conselheiro do presidente Reagan e de diversos organismos oficiais, desempenha, com os seus discípulos, um papel decisivo na orientação da política monetária de 1978 a 1982... Privatizações, descida de impostos, desmantelamento do Estado e desregulamentações simbolizam o triunfo do liberalismo, que irá se tornar a nova ortodoxia... De forma mais geral, o espírito do liberalismo estende-se rapidamente ao conjunto dos países ocidentais e, depois, ao resto do mundo, através do jogo das instituições internacionais e da globalização da economia (Dortier, 2002, p. 240-242).

Para Schneider (1989), apud Draibe (1993), as ideias e valores compõem uma espécie de cultura da solução de problemas, e afirma que idealizando a especialização e a competência, a ideologia neoliberal projeta uma cultura política “despolitizada” na aparência, movida pela busca de soluções ágeis e eficientes. Eficiência e eficácia são corolários dessa ideologização da ação prática. Ainda segundo a autora:

Em lugar de ideologia, os liberais têm conceitos. Gastar é ruim. É bom ter prioridades. É ruim exigir programas. Precisamos de parcerias, não de governo forte. Falem de necessidades nacionais, não de demandas de interesses especiais. Exijam crescimento, não distribuição. Acima de

Resultados e Discussão

tudo, tratem do futuro. Repudiem o passado. Ao cabo de pouco tempo as ideias neoliberais começam a soar como combinações aleatórias de palavras mágicas (p.89).

Essas ideias e valores defendidas pela ideologia neoliberal foram discutidas num encontro realizado em Washington cujo objetivo era avaliar as reformas econômicas em curso no âmbito da América Latina, que contou com a presença de várias entidades, economistas de perfil liberal, e representantes do Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), e do governo norte-americano. Coube ao economista John Willianson, diretor do instituto promotor do encontro, alinhar as ideias daquele encontro, por ele batizadas de "Consenso de Washington". Essas ideias foram resumidas em 10 (dez) recomendações: 1- disciplina fiscal; 2 - priorização dos gastos públicos; 3 - reforma tributária; 4 - liberalização financeira; 5 - regime cambial; 6 - liberalização comercial; 7 - investimento direto estrangeiro; 8 - privatização; 9 - desregulação; e 10 - propriedade intelectual. (Batista, 1994, p. 18).

O ideário neoliberal já vinha sendo discutido e aplicado de forma dispersa por várias entidades, e estava contido no documento *Toward Renewed Economic Growth in Latin America* de 1986, do mesmo instituto que patrocinou o encontro que deu origem ao Consenso de Washington. "O valor do Consenso de Washington está em reunir, num conjunto integrado, elementos antes esparsos e oriundos de fontes diversas, às vezes diretamente do governo norte-americano, outras vezes de suas agências, do FMI ou do Banco Mundial" (Batista, 1994, p. 6). É de se destacar que o documento de 1986, descrito acima, contou com a participação e autoria, entre outros, do economista Mario Henrique Simonsen, ex-presidente do Banco Central, Ministro da Fazenda e do Planejamento no período dos governos militares no Brasil.

Destaca-se ainda que John Willianson, foi professor da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro PUC/RJ, entre 1978 a 1981, quando foi colega de Pedro Malan, ex-presidente do Banco Central entre 1993 e 1994 e

Resultados e Discussão

ministro da fazenda nos 8 (oito) anos de gestão do Presidente Fernando Henrique Cardoso – FHC, sendo um dos responsáveis pelo Plano Real e pela condução da política econômica alinhada as ideias neoliberais, nesse período. Willianson foi ainda professor na PUC/RJ de Armínio Fraga, que viria a ser mais tarde presidente do Banco Central durante todo o segundo governo do Presidente FHC.

Os debates que se estabeleceram nos países prestatários sobre como as agências de financiamento e “imposição” de políticas FMI e Banco Mundial lidaram com as crises desses países; também se deram no âmbito dessas agências e entre economistas, orgânicos ou não, que participaram da implementação e/ou contribuíram na formulação e consolidação da ideologia neoliberal, como pode ser visto em Naím (1999):

Enquanto a mídia dos países em transição apresenta duras denúncias contra o Consenso de Washington, a mídia nos Estados Unidos também traz fortes ataques de economistas influentes contra... si mesmos. Por exemplo, Joseph Stiglitz, o antigo economista chefe do Banco Mundial, freqüentemente expressava duras críticas à maneira como o FMI lidou com a crise asiática e a transição Russa. Estas opiniões levaram Anders Aslund, um especialista em Rússia do Carnegie Endowment for International Peace, a falar para a revista *The Economist* que “sem saber de nada, [Stiglitz] abre a boca para dizer qualquer estupidez que vem a cabeça.” Paul Krugman do MIT também se perguntou porque os economistas do FMI optaram por “jogar fora os livros didáticos” frente à crise asiática e a prescrever medidas de impacto que só fizeram piorar a situação. Michael Musa, economista chefe do FMI, simplesmente respondeu que aqueles que acreditam que uma política monetária frouxa teria amenizado a luta dos países atingidos pela crise estão “fumando alguma coisa que não é de todo legal.” Também economista do MIT, Rudiger Dornbusch dirigiu suas críticas a Stiglitz, dizendo que “se há uma instituição a ser acusada de mal procedimento, esta seria o Banco Mundial.” Enquanto isso, Stiglitz e o presidente do Banco Mundial, James Wolfensohn, apresentaram uma “estrutura de desenvolvimento compreensiva”, baseada numa abordagem “holística” para lidar com os problemas do subdesenvolvimento. Esta declaração levou o respeitado

Resultados e Discussão

economista da Universidade de Columbia, Jagdish Bhagwati, a ponderar nas páginas do *Financial Times* sobre o que poderia explicar as falácias e as suposições equivocadas nas quais Wolfensohn e Stiglitz basearam suas idéias.” Ele concluiu que talvez tenha sido resultado de “simples ignorância.” No dia seguinte, T. N. Srinivasan, da Universidade de Yale, botou de lado as idéias de Wolfensohn e Stiglitz, considerando-as “banais e simples clichês”. Estes debates não são debates entre socialistas desconstrucionistas e economistas matemáticos americanos. São discordâncias entre as pessoas mais respeitadas e influentes da área econômica que dividem predisposições ideológicas favoráveis em relação a mercado, capital privado, livre-comércio livre e investimento (pag.11).

Desta forma o Consenso de Washington, estava mais “consensuado” nas predisposições ideológicas, do que na condução das políticas pelas agências de financiamento, como pode ser visto na crítica em relação a utilização do receituário do FMI na aplicação de programas de ajustamento, realizada por Joseph Stiglitz (2000), em seu artigo: O que eu aprendi com a crise mundial, onde relata:

...Fui economista-chefe do Banco Mundial de 1996 até novembro passado, durante a mais grave crise econômica global ocorrida em meio século. Vi como o FMI, de mãos dadas com o Departamento do Tesouro norte-americano, respondeu a ela. E fiquei horrorizado.”

“...Os modelos matemáticos empregados pelo FMI são frequentemente falhos ou desatualizados. Os críticos acusam a instituição de adotar uma abordagem “fábrica de salsichas” para lidar com a economia, e eles estão certos. Sabe-se que as missões elaboram rascunhos de seus relatórios antes das visitas. Já ouvi falar de um incidente infeliz em que membros da missão copiaram grandes trechos do texto do relatório de um país e transferiram-nos integralmente para outro. Teriam conseguido ocultar a proeza, não fosse o fato de que o sistema de busca-e-troca do processador de texto não funcionou direito, deixando o nome do país original em alguns trechos do segundo relatório. Ops (p.7).

A crítica em relação a utilização do receituário do FMI na aplicação de programas de ajustamento foi discutida por Bresser Pereira, em seu artigo

Resultados e Discussão

“Reformas econômicas em tempos anormais” onde apresenta as recomendações-padrão de política “ofertadas” pelas agências de financiamento, que seriam válidas para qualquer lugar, não importando as especificidades dos países.

Na América Latina, onde a crise fiscal do Estado e a inflação alta demandam um tratamento de choque, o cancelamento ou a consolidação da dívida e o acordo social, os economistas de Washington limitam-se a propor disciplina fiscal e política monetária restritiva (Pereira, 1993 p.121).

Apesar das críticas a proposição neoliberal, o poder da economia norte-americana em difundir as suas ideias e interesses, por meio dos recursos das agências de financiamento, propiciou que essas ideias fossem absorvidas pelas elites, inclusive no Brasil, e se tornassem orgânicas nesse meio.

A mensagem neoliberal que o Consenso de Washington registraria vinha sendo transmitida, vigorosamente, a partir do começo da administração Reagan nos Estados Unidos, com muita competência e fartos recursos, humanos e financeiros, por meio de agências internacionais e do governo norte-americano. Acabaria cabalmente absolvida por substancial parcela das elites políticas, empresariais e intelectuais da região, como sinônimo de modernidade, passando seu receituário a fazer parte do discurso e da ação dessas elites, como se de sua iniciativa e de seu interesse fosse. Exemplo desse processo de cooptação intelectual é o documento publicado em agosto de 1990 pela FIESP, sob o título "Livre para crescer - Proposta para um Brasil moderno", hoje na sua 5ª edição, no qual a entidade sugere a adoção de agenda de reformas virtualmente idêntica à consolidada em Washington (Batista, 1994, p.6).

A imposição do receituário se dá pela dupla militância das agências multilaterais, congregam o papel de financiar com o de aconselhar. Se é verdade que quem possui capital financeiro aconselha, isso é verdade para as agências multilaterais até os dias de hoje.

No caso do Banco Mundial, apesar do caráter internacional dessa agência, a influência norte - americana sempre esteve presente.

Resultados e Discussão

O significado emblemático da agência Banco Mundial para a sociedade norte americana fez com que essa constituísse um grupo denominado “Comitê Bretton Woods”, que congrega pessoas e entidades influentes da sociedade norte americana. Esses formuladores e fazedores de opinião sempre influenciaram as decisões políticas e a formação de agendas de atuação do governo americano. Isso ocorreu, por exemplo, em 1985, com o chamado Plano Baker, que propunha a criação de um fundo a ser administrado pelo Banco Mundial, cujos recursos seriam destinados aos países mais endividados, em troca, estes países deveriam aderir às políticas de ajuste, realizando as reformas estruturais propostas pelo FMI e pelo Banco Mundial (Soares, 2007, p. 42).

O aporte de recursos alocados pelos EUA ao Banco Mundial permitiu a esse país o estabelecimento de regras para financiamento, análise e aprovação de projetos. A partir de 1946 - apesar do declínio da participação dos EUA no capital social e no poder de voto do Banco (37,1% em 1946, 19,4% em 1987, 17,2% em 1993, e 16,4% em 2003) - a sua participação individual continua expressiva. Os demais países desenvolvidos registraram um aumento na sua participação no capital social e no poder de voto no Banco entre 1946 e 2003 (35,3% e 38,8% respectivamente), enquanto que os países em desenvolvimento aumentam significativamente a sua participação nesse período (26% em 1946, para 42,9% em 2003). O Brasil, pertencendo a esse último grupo, não acompanhou o seu crescimento, aumentou a sua participação no capital social e no poder de voto do Banco de 1,5% em 1946 para 1,8% em 2003, Figura 1.

Resultados e Discussão

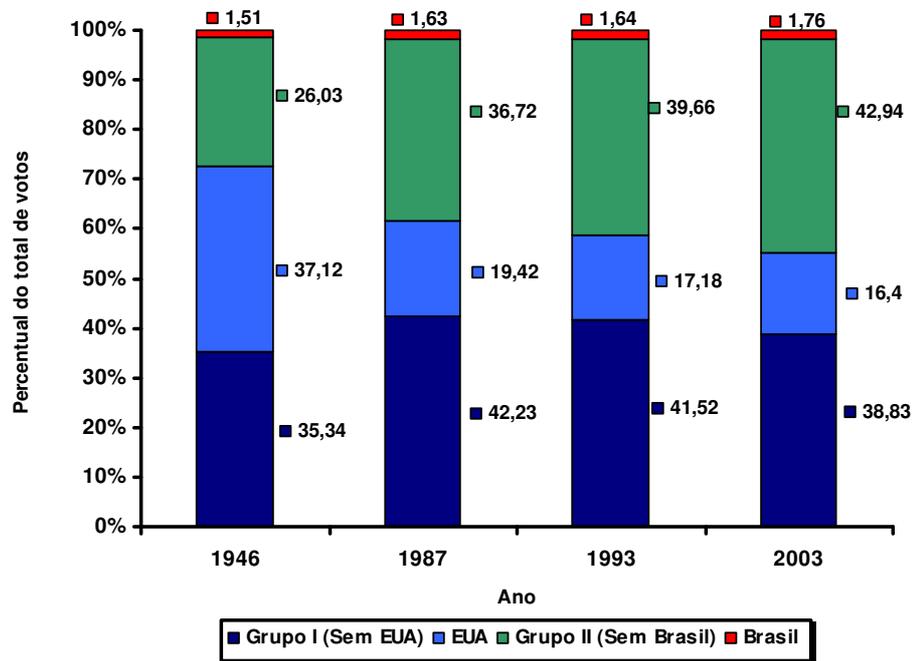


Figura 1. BIRD - Capital Social e poder de voto – países principais.

Fonte: Elaboração própria a partir de FMI (2005), World Bank (1945), World Bank (1946), World Bank, (1987) World Bank (1993), World Bank (2003).

Nota: A composição do poder de voto é dada pelo capital subscrito + os votos básicos, no montante de 250 votos por país, determinados no Estatuto de constituição do Banco. O capital do Banco foi dividido em ações de US\$ 100.000 cada ação.

Em meados da década de 1980, no auge da crise econômica no Brasil, considerada a década perdida, os países desenvolvidos mais os EUA, possuíam 62% do capital social e do poder de voto do Banco Mundial. Nesse período ao recorrer aos empréstimos junto ao Banco Mundial e FMI, o Brasil aceita as condições impostas por essas agências de financiamento.

Para Silva & Horta (1984), ao aceitar os critérios definidos na primeira rodada de negociação com o FMI em 1982/1983, o Brasil abriu mão do poder de fazer política econômica e, em casos, perdeu inclusive o controle sobre ela.

As condições impostas estão na base do receituário neoliberal, utilizado em larga escala por um dos braços executores dessa política, o Banco Mundial. Se

Resultados e Discussão

até a década de 1970 se verifica o diálogo político, o debate e a cooperação técnica entre o Banco Mundial e os países membro, na década de 1980 a questão do ajuste estrutural das economias endividadas passa a ser o centro das discussões e de propostas de políticas a esses países.

O quadro de crise mundial desse período trouxe, no plano econômico, uma crise financeira internacional sem precedentes e, no plano político, o assentamento do pensamento neoliberal e de governos conservadores em países importantes como EUA e Grã-Bretanha.

A crença nas propostas de política econômica indicada pelo neoliberalismo, com forte crítica à intervenção do Estado em quase todos os países da América Latina, fez com que o Banco Mundial indicasse como condição para renegociação da dívida externa desses países à adoção de suas propostas de ajuste estrutural e projetos para setores específicos.

Esse período marca o início da intervenção do Banco Mundial na agenda de políticas internas, quando deixa de apenas aprovar os projetos, para passar a acompanhar a sua execução e metas. A partir daí os recursos destinados a consultorias e administração, como um dos componentes dos projetos aprovados, elevam-se, revelando o claro objetivo de acompanhar e manter o controle de informações sobre o projeto e a implementação de políticas pelo país tomador dos recursos. Os recursos para essa categoria que representavam 8% do total desembolsados pelo Banco em 1987, passam para 12% em 1993 e chegam a 18% em 2003 (*World Bank*, 1987, 1993 e 2003).

Com a constatação do fracasso das políticas de estabilização do FMI e dos programas de ajuste do Banco Mundial, reconhecido no seu Relatório de Desenvolvimento Mundial de 1990, e pelo economista-chefe do Banco para a América Latina, Sebastian Edwards, em 1995, o Banco Mundial retoma o discurso e a política de combate à pobreza (Rizzotto, 2000).

Analisando esse período, Santos apresenta como o alinhamento de alguns governos da América Latina com o chamado neoliberalismo se resumiu apenas à aplicação das receitas do Fundo Monetário Internacional – FMI.

Resultados e Discussão

...Na América Latina, o México, Venezuela, Bolívia e Argentina, entre outros, que comprimiram os salários e os gastos públicos (com exceção da dívida externa) e privatizaram quase todas as empresas estatais, o chamado neo-liberalismo, não passou de simples aplicação da receita do FMI, colocando esses países na sua maior recessão com dependência externa (Santos, 1990, p.14).

Fiori (1995), em publicação na revista norte-americana *Newsweek* retratando o que foi a Reunião do G-7 em Halifax, no Canadá relata:

É axiomático que os vazios de poder nunca duram muito. Evidentemente, se os governos e as organizações multilaterais não funcionam mais, alguma força nova deve tomar seu lugar. E de fato está tomando: na cúpula da semana passada, onde quer que se olhasse, estava um representante do novo poder no palco principal do mundo — as corporações multinacionais e as cada vez mais desenraizadas elites tecnológicas e financeiras que as dirigem [...] os arrogantes banqueiros de investimento e administradores de fundos que concentram a adulação dos ministros das Finanças do Terceiro Mundo são parte desse fenômeno". Nesta mesma reunião de Halifax, contudo, este G-7, impotente com relação a si mesmo e seus problemas internos, decidiu transformar o FMI numa espécie de fiscal da disciplina econômica dos seus 179 países-membros, criando mecanismos para a pública e regular identificação dos países que não cumprem os critérios da boa política, excluídos, como é óbvio, os próprios governos que tomaram esta decisão, como já pode ver-se no caso do desrespeito norte-americano e japonês das regras recém-aprovadas na criação da nova Organização Mundial do Comércio. (p.168).

Apesar da interferência das grandes potências na política econômica brasileira, de fato a questão e o modelo liberal ou neoliberal nunca foi reconhecido pelas autoridades econômicas como opção brasileira.

Algumas correntes, como veremos a seguir, discutem o fato se o neoliberalismo se constitui como doutrina e se o Brasil adotou ou se alinhou a essa doutrina, para Campos e Fernandez (1993) o Estado Brasileiro nunca chegou a se decidir por uma integração completa à economia internacional e nem

Resultados e Discussão

tão pouco pela adoção da economia de mercado mais livre e menos tutelada pelo Estado. A complexidade da sociedade e da economia brasileira propiciou movimentos e políticas econômicas pendulares, ora de cunho desenvolvimentista, ora de cunho mais liberal.

Em vários momentos e circunstâncias, a depender do interesse, se recorre ao discurso e à prática neoliberal, mas para Ferreira a doutrina liberal, entendida como um conjunto de princípios sociais, políticos e econômicos, não conseguiu se firmar no Brasil. “Se me perguntarem se existe liberalismo no Brasil, responderei que se existem alguns que se consideram liberais, liberalismo não existe, porque nunca existiu” (Ferreira, 1993, p, 8).

O fato de o neoliberalismo não constituir um corpo teórico próprio e se assentar em um conjunto de proposições práticas, muitas das suas teses não nasceram no seu interior, pelo contrário, tiveram origem no ideário democrata ou socialista, circunstancialmente apagados pela onda neoliberal. Muitas teses da agenda neoliberal, antes e depois da década de 1980, foram endossadas e acolhidas por outras correntes políticas e ideológicas (Draibe, 1993).

Se analisarmos o Plano Diretor da Reforma do Estado Brasileiro de 1995, desenvolvido no início do primeiro mandato do Partido da Social Democracia Brasileira, no âmbito do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE, transformado em Emenda Constitucional em 1998⁹, assunto desenvolvido no capítulo 2, veremos colocado em primeiro plano a questão das soluções ágeis e da ação prática:

A atual reforma está apoiada na proposta de administração pública gerencial, como uma resposta à grande crise do Estado dos anos 80 e à globalização da economia – dois fenômenos que estão impondo, em todo o mundo, a redefinição das funções do Estado e da sua burocracia...Na verdade, a administração burocrática é lenta, cara, auto-referida, pouco ou nada orientada para o atendimento das demandas dos cidadãos...Esta reforma terá como objetivos: a curto prazo, facilitar o ajuste fiscal,

⁹ Emenda Constitucional n. 19 de 05/06/1998.

Resultados e Discussão

particularmente nos Estados e municípios, onde existe um claro problema de excesso de quadros; a médio prazo, tornar mais eficiente e moderna a administração pública, voltando-a para o atendimento dos cidadãos...O grande inimigo não é apenas o patrimonialismo, mas também o burocratismo. O objetivo de instalar uma administração pública burocrática no país continua vivo, já que jamais se logrou completar essa tarefa; mas tornou-se claro em 1995 que, para isto, é necessário dar um passo além e caminhar na direção da administração pública gerencial, que engloba e flexibiliza os princípios burocráticos clássicos (Pereira 1996, p. 1; 5; 17; 26).

Propostas dessa natureza revelam o alinhamento da política brasileira com a política internacional, a ordem agora é discutir modelos de gestão. Dessa forma, as necessárias reformas de fundo ficam para segundo plano. O bode foi colocado na sala. Segundo Kuhn (2009), o significado das crises consiste exatamente no fato de que é chegada a ocasião para renovar os instrumentos. Podemos entender instrumentos aqui como também modelo econômico e formas de Estado.

A corrente neoliberal foi eficiente na estratégia de reclamar a si as propostas no campo econômico, político e social, que se convencionou chamar de propostas neoliberais. Como receita de bolo as propostas foram sendo divulgadas, de forma principal e estratégica, por meio das agências multilaterais em documentos, como o relatório do Banco Mundial de 1995, descrito por Rizzotto (2000), adaptado por Santos (2010):

1. Desaconselha a Descentralização com Acesso Universal e Equidade porque não haverá recursos governamentais.
2. Propõe revisão Constitucional e Institucional para:
 - 2.1 – fortalecer os Estados para assumirem os serviços assistenciais clínicos, fugindo da inexperiência e corrupção das Secretarias Municipais de Saúde;
 - 2.2 – assunção pelo governo federal do papel de regulamentar políticas de contenção de custos e de restrição do acesso, e estimular o copagamento e a instituição de mercados internos nos sistemas públicos;
 - 2.3 – extinguir a preferência às entidades filantrópicas sem fins lucrativos;
 - 2.4 – estimular a ampliação de planos e seguros privados;

Resultados e Discussão

2.5 – reduzir os investimentos públicos em assistência médica e enfatizar as ações preventivas;

2.6 – focalizar os serviços públicos à população pobre;

2.7 – Aumentar a produtividade e limitar a tecnologia ou o acesso à tecnologia.

No contexto de crise econômica, chega ao Brasil a irrefreável onda internacional da globalização neoliberal, da financeirização dos orçamentos públicos e do Estado mínimo (Santos, 2010).

Os debates e a produção do conhecimento no campo de estudo sobre a economia da saúde no Brasil se deram no contexto da agenda de reformas propostas pelo Banco Mundial. Os documentos de 1987 e 1993 do Banco foram referências para o debate. (*World Bank*, 1987 e 1993).

De um lado, havia a preocupação com a desconstrução das conquistas do movimento sanitário brasileiro consolidadas na constituição de 1988 e, de outro, a tentativa de alinhamento com as políticas propostas pelo Banco Mundial para o setor saúde (Santos, 1990), “a política pública de saúde, implantada durante a década de 1990, guarda importante grau de antagonismo com a crescente liberalização da economia, com o desmonte de outras políticas públicas e com o avanço do modelo neoliberal” (Campos e Onockco Campos, 2000, p.87).

O embate estabelecido entre a área econômica do governo e o Ministério da Saúde, em 1994, onde o Ministério da Saúde solicitava a ampliação dos recursos para a saúde e, de outro, a área econômica apontando desperdícios e fraudes que marcaram esse período.

O diagnóstico do Banco Mundial de que o Estado é ineficiente e deve priorizar os serviços básicos, na visão da equipe econômica, estavam presentes e permearam a discussão (Soares, 2007). Para Fiori (2000):

Na década de 1990... Era o tempo em que se debatia o alinhamento ou não do governo brasileiro com o Consenso de Washington e com as políticas de corte neoliberal... Na entrada do novo século, esta é uma discussão completamente ultrapassada... depois da assinatura, em 1999, do Acordo com o FMI que permitiu ao governo brasileiro enfrentar a crise terminal do Plano Real com um empréstimo internacional, ninguém mais

Resultados e Discussão

discute se o país ainda tem uma política própria, nem tampouco qual seja a natureza e os objetivos das decisões tomadas com vista ao cumprimento dos objetivos definidos pelo próprio Acordo. Os que ainda desconheciam agora já sabem como atuam juntos o Tesouro americano e o FMI na tutela de países administrados ou não por pequenos burocratas locais ou representantes diretos dos organismos multilaterais... Em síntese, na entrada do novo milênio, o Brasil não é um país sem rumo. Pelo contrário, segue uma rota cada vez mais transparente, comandado por uma aliança política extensa e heterogênea, arbitrada já não pelos militares, mas – como já dissemos – por um grupo de intelectuais e tecnocratas absolutamente alérgicos à palavra nação. Alguns liberais, outros marxistas, mas todos se sentindo e comportando-se como sacerdotes de uma modernidade liberal e cosmopolita (p. 12 e 24).

A crise do início da década de 1990 marca o alinhamento do Brasil com as políticas de corte neoliberal com movimentos claros em direção à reversão das conquistas sociais definidas na CF 1988, Fagnani (2005).

Após as *primeiras contramarchas* (nos últimos anos da transição democrática), o movimento rumo à desestruturação do Estado Social ganhou vigor extraordinário a partir de 1990. Desde então, abriu-se um novo ciclo de reformas – agora contrarreformas, liberais e conservadoras... Em suma, foi somente em 1988 que o Brasil incorporou o paradigma adotado pelos países capitalistas centrais a partir de 1945. Quando o fez, esse paradigma já estava na contramão do movimento do capitalismo em escala mundial; e, no plano interno, o estiolamento de suas possibilidades foi favorecido pelo esgotamento do Estado Nacional Desenvolvimentista e pela nova recomposição das forças políticas conservadoras, que se deu em torno do modelo liberal. Assim, o ambiente que se formou nos anos 90 era absolutamente hostil para frágil cidadania conquistada. O embrião de Estado Social esboçado pela Constituição de 1988 emergiu praticamente natimorto (p.378; 379).

Os embates e as contrarreformas liberais e conservadoras que se deram na década de 1990 podem ser vistos na introdução do Relatório do Banco Central, que divulgou os resultados sobre finanças públicas de 1998, com foco na reforma administrativa e da previdência social:

Resultados e Discussão

Em 1998, o Congresso Nacional aprovou as reformas administrativa e da previdência social, ambas de extrema relevância para o ajuste estrutural das contas públicas. A reforma administrativa, consubstanciada na Emenda Constitucional nº 19, de 19.6.98, contempla dispositivos fundamentais para a melhoria da produtividade e qualidade do serviço público. Entre os dispositivos da emenda deve-se destacar: a) a elevação do período de estágio probatório dos funcionários públicos, de dois para três anos; b) a quebra da estabilidade dos funcionários públicos que não obtiverem avaliação satisfatória; c) a instituição de limites para as despesas com folhas de pagamento de pessoal nos três níveis de governo; d) a permissão para que funcionários públicos estáveis possam ser demitidos quando a folha de pagamento dos servidores ultrapassar o limite estabelecido em lei; e) a proibição de transferência de recursos da União ou a concessão de empréstimos aos estados e municípios, com a finalidade de custear despesas com pessoal; f) a proibição de acumulação de dois empregos públicos, exceto para professores e médicos; g) a determinação para que as chamadas carreiras típicas de estado sejam definidas em lei complementar; h) o fim da imposição, ao governo, de somente contratar servidores públicos pelo regime jurídico único; i) a permissão para que funcionários públicos possam ser colocados em disponibilidade... j) o estabelecimento de teto salarial a ser observado por todos os servidores ativos e inativos dos três níveis de governo. Na reforma da previdência - Emenda Constitucional nº 20, de 15.12.98 - cabe assinalar as seguintes providências: a) assegura aos aposentados do serviço público e aos da iniciativa privada os mesmos reajustes de salários concedidos aos trabalhadores da ativa; b) fixa em R\$ 1.200,00 o teto das aposentadorias concedidas pelo (RGPS); c) restringe aos médicos, professores e detentores de mandatos eletivos e de cargos em comissão, o acúmulo de aposentadoria com salário de emprego público...; d) permite a aposentadoria especial (30 anos de contribuição para os homens e 25 anos para as mulheres) somente aos professores do ensino básico...e aos profissionais que exerçam atividades consideradas insalubres... e) estabelece que a aposentadoria do servidor público só será concedida após 60 e 55 anos de idade, com 35 e 30 anos de contribuição para homens e mulheres, respectivamente, cumprido o tempo mínimo de 10 anos no serviço público e 5 anos no

Resultados e Discussão

cargo em que se dará a aposentadoria; f) veda o aporte de recursos a entidades de previdência privada, pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, suas autarquias, fundações e outras entidades públicas, salvo na qualidade de patrocinador...; g) extingue a aposentadoria proporcional para quem ingressar no mercado de trabalho após a promulgação da emenda constitucional; h) estabelece que os proventos de aposentadoria e as pensões, por ocasião de sua concessão, não poderão exceder a remuneração do respectivo servidor, no cargo efetivo em que se deu a aposentadoria ou que serviu de referência para a concessão da pensão; i) cria normas de transição para os trabalhadores que, na data da promulgação da reforma, já se encontravam no mercado de trabalho. (BCB, 1998, p.77 e 78).

O alinhamento da política do governo brasileiro com as propostas neoliberais, também pode ser visto no item 18 do memorando de política econômica do Brasil, anexo à carta de 13/8/1998 endereçada ao FMI solicitando empréstimo.

18. O governo irá prosseguir com determinação a sua política de racionalização e redução ao longo do tempo do papel dos bancos públicos na economia. Em 1998 o governo já privatizou o Banco Meridional, e vai privatizar o sexto maior banco brasileiro (BANESPA), que está sob administração federal, no curso de 1999. Também já solicitou à comissão de alto nível encarregada do exame dos demais bancos federais (Banco do Brasil, Caixa Econômica, BNDES, BASA e BNB) apresentar, até o final de outubro 1999, recomendações sobre o papel futuro dessas instituições, incluindo possíveis alienações, fusões, vendas de participações estratégicas, ou transformação em agências de desenvolvimento ou bancos de segunda linha. Essas recomendações serão analisadas e decididas pelo governo antes do final do ano, e as decisões serão implementadas no decorrer de 2000. Também já decidiu sobre a privatização da filial do Banco de gestão de ativos do Brasil (BB/DTVM) e da empresa de resseguros Federal (IRB Brasil-RE). O governo federal decidiu ainda, no processo de privatização, que o fechamento ou transformação em agências de desenvolvimento dos restantes bancos estatais vão continuar. A privatização dos bancos, em particular dos estados da Bahia e Paraná, é esperada para 1999, após a

Resultados e Discussão

privatização bem sucedida dos bancos estaduais do Rio de Janeiro, Minas Gerais e Pernambuco, entre outros, nos últimos dois anos (FMI, 1999).

As contrarreformas se estenderam ao longo da década de 2000 e se estendem até os dias de hoje.

E seguem as propostas e recomendações, externas:

O Banco Mundial acredita que “aumentar a eficiência e efetividade no uso dos recursos de saúde para conter o aumento dos custos talvez seja o maior desafio posto para o sistema de saúde brasileiro (Banco Mundial 2007 apud. Ocké-Reis, 2009).

E seguem as propostas e recomendações, internas:

(...) nosso problema talvez não resida tanto na “falta de recursos” como na falta de eficiência, na área da saúde...(Netto, 2007).

Além de cortar gastos que já existem, temos que evitar novos gastos, Guido Mantega (nome indicado pela presidente eleita em 31/10/2010 para continuar no Ministério da Fazenda), Rede Globo, Jornal Nacional, 24/11/2010).

É possível fazer mais com menos. Mirian Belchior (nome indicado pela presidente eleita em 31/10/2010 para assumir o Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão), Rede Globo, Jornal Nacional, 24/11/2010.

Diante dessa hegemonia, Santos (2007) defende que as forças econômicas, sociais e políticas, pela construção do SUS, permanecem contra-hegemônicas, mas com potência para resistir no geral e avançar no particular.

É no contexto da luta pela retomada da democracia que se deram as bases da reforma sanitária, e no assentamento da hegemonia neoliberal se promulga a Constituição Federal de 1988 e a aprovação do SUS.

CAPÍTULO 2. O MOVIMENTO POLÍTICO E A CORRELAÇÃO DE FORÇAS CONSTRUINDO E ADEQUANDO O MARCO LEGAL

2.1. A Constituição de 1988 e o SUS.

A dimensão e a importância dos trabalhos desenvolvidos no seio da Assembleia Nacional Constituinte podem ser sintetizadas no trecho do discurso proferido pelo seu presidente, deputado Ulisses Guimarães:

Foi de audácia inovadora a arquitetura da Constituinte, recusando anteprojeto forâneo ou de elaboração interna. O enorme esforço é dimensionado pelas 61.020 emendas, além de 122 emendas populares, algumas com mais de 1 milhão de assinaturas, que foram apresentadas, publicadas, distribuídas, relatadas e votadas, no longo trajeto das subcomissões à redação final. A participação foi também pela presença, pois diariamente cerca de 10 mil postulantes franquearam, livremente, as 11 entradas do enorme complexo arquitetônico do Parlamento, na procura dos gabinetes, comissões, galeria e salões (Brasil, 1988a, p.3).

Concebida no contexto da Nova República a Constituição Federal de 1988 é sancionada e expressa as contradições da sociedade brasileira naquele momento, agravada por um lado pela crise econômica interna, e do outro pela hegemonia do pensamento neoliberal no contexto internacional. Para Campos (2006):

A reforma sanitária brasileira pode ser considerada tardia. Quando já havia um declínio das concepções socialistas ou de estado de bem-estar em todo o mundo, houve no Brasil o apogeu do reformismo em saúde. Em todo o mundo falava-se e se praticava o neo-reformismo liberal (na realidade, uma espécie de doutrina da contrarreforma) e, aqui, no campo da saúde, firmava-se, política e gerencialmente, o que viria a se constituir em um sistema público de saúde com várias características consideradas ultrapassadas e incapazes de assegurar eficiência e equidade ao sistema de saúde (p.419).

Na Constituição Federal, no que se refere à disciplina jurídica, concernente à ordem econômica, monopólios estatais como o do petróleo, gás, mineração, energia elétrica, comunicações, portos, navegação, pesca, transporte marítimo

Resultados e Discussão

foram preservados; no que se refere à ordem social, direitos como educação, saúde, trabalho, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados foram consignados.

No campo da seguridade social, o texto que inicialmente considerava apenas a previdência e a assistência social, foi aprovado com a inclusão da saúde, sendo defendida pela ala conservadora e pela ala progressista (ver capítulo seguinte).

No campo da saúde, as propostas defendidas e apresentadas no relatório da 8ª CNS e da CNRS foram acolhidas quase que na íntegra (ver capítulo seguinte). Na seção da saúde do texto constitucional está disposto uma política de direito universal e integral, executada pelo setor público, com a participação complementar do setor privado. Define-se ainda a relevância pública da saúde e o dever do Estado em garanti-la por meio políticas sociais e econômicas.

O tema do financiamento aparece inicialmente nos artigos 194, 195 e 198 da CF. O conteúdo genérico da proposta aprovada para o financiamento do SUS na CF (O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes), alterada posteriormente pela Emenda Constitucional nº 29/2000 (Brasil, 2000), que remeteu a definição de percentual de recursos a ser aplicado pela União na saúde para definição em legislação infraconstitucional, aprovada somente em janeiro de 2012, Lei Complementar nº 141 (Brasil, 2012), que entre outras coisas não fixou percentual a ser aplicado pela União em Ações e Serviços Públicos de Saúde; possibilitando toda sorte de manobras e disputas no interior do SUS nos anos que se seguiram a promulgação da CF.

Proposta avançada sem garantia de recursos não se sustenta. O que estava previsto no Artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde) não foi cumprido pela equipe econômica do

Resultados e Discussão

governo federal (Carvalho, 2002)¹⁰ e não se manteve na Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO depois de 1993¹¹.

Questões polêmicas e regulamentações, na seção da saúde da CF, ficaram para definição em lei infraconstitucional. A Lei Orgânica da Saúde, conforme definido na CF, que deveria ser apresentada pelo Executivo e debatida no Congresso Nacional seis meses após a promulgação da CF, não teve o seu Projeto de Lei enviado pelo Executivo, o que levou à convocação e à realização do histórico Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados, com as entidades da Reforma Sanitária e com o recém-criado Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. Seu Relatório Final foi assumido como a estrutura básica da Lei Orgânica da Saúde.

Sendo também um campo importante de atividade econômica, onde disputas e embates entre os setores de interesse se estabelecem, principalmente no âmbito do poder executivo e do poder legislativo, as regulamentações na saúde se arrastaram durante anos, décadas e se arrastam até os dias de hoje, vinte e cinco anos após a promulgação da Constituição Federal.

2.2. A adequação do marco legal pós-Constituição Federal

No período que se segue à promulgação da Carta Magna já se processou mais de sete dezenas de emendas a CF e mais de oito dezenas de regulamentações por meio de Leis Complementares foram editadas, além de milhares de leis ordinárias.

A necessidade de adequação e regulamentação do marco regulatório da CF se processa de acordo com os interesses em disputa. E estes estão colocados em todas as fases do processo de construção e adequação de marco legal (elaboração, negociação, aprovação), com ênfase para as emendas constitucionais e as leis infraconstitucionais.

¹⁰ Para melhor discussão sobre o “calote” que o setor saúde levou nesse período ver Carvalho, 2002

¹¹ Na LDO de 1994 (Lei 8.694 de 12/08/1993) o art. 45 que definia 30% do OSS para a saúde foi vetado. Na LDO de 1995 (Lei 8.931 de 22/09/1994) também houve veto no art. 45 que definia 30% do OSS para a saúde. A partir de 1996 a determinação do percentual não mais constou das LDOs. Fonte: Quadros comparativos da LDO (1991-1994, 1995-1998, 1999-2002), disponível no sítio do senado federal: <http://www.senado.gov.br/Relatorios>

Resultados e Discussão

Apresentamos as adequações no marco legal e regulatório, nessa seção, procurando analisar o seu contexto: origem institucional, onde nasce a sua propositura, em que período se deu, qual o seu tempo de tramitação, e em que tema de política pública se enquadra. Buscamos estabelecer relação da movimentação legal com o alinhamento à hegemonia neoliberal verificada no período, e discutida no capítulo 1

O processo legislativo, segundo o artigo 59 da Constituição Federal, compreende a elaboração de:

- I - emendas à Constituição;
- II - leis complementares;
- III - leis ordinárias;
- IV - leis delegadas;
- V - medidas provisórias;
- VI - decretos legislativos e;
- VII - resoluções.

Discutiremos nesta seção as alterações ocorridas no ordenamento jurídico do País, pós-constituição federal de 1988, relativo às Emendas Constitucionais – EC, e as Leis Complementares – LC. Essa definição se deu, considerando que são essas normativas que tem a função de modificar, complementar, explicar e adicionar algo à Constituição Federal. Por se tratar de ato normativo que disciplina a normal geral, as Leis Ordinárias não foram consideradas, uma vez que não alteram o marco legal fundante, assim como as demais espécies normativas (Temer, 2007).

2.2.1. A adequação da Constituição Federal por meio de Emendas Constitucionais.

A Constituição Federal, no período que vai da sua promulgação em 1988 até setembro de 2013, recebeu 73 Emendas Constitucionais – EC, sendo 29 advindas da Câmara Federal, 23 do Poder Executivo Federal, e 21 do Senado Federal. Dessas emendas, 39,7% foram originárias da Câmara dos Deputados,

Resultados e Discussão

31,5% do Poder Executivo Federal e 28,8% do Senado Federal. Observa-se que a Câmara dos Deputados é a grande indutora das mudanças constitucionais, por meio das Propostas de Emendas Constitucionais – PEC, seguida do Poder Executivo Federal que propõe mais que o Senado Federal. Esses dados demonstram uma forte atuação do Governo Federal na proposição de ECs, confirmando a relação histórica e perversa do Estado brasileiro, intensificada no governo Sarney e potencializada nos governos FHC, Lula e Dilma, que na busca da obtenção de maiorias parlamentares para aprovação de suas proposições estabelece uma relação Executivo-Legislativo pautada em interesses por emendas parlamentares, criação de Ministérios, cargos em altos escalões do governo, Estatais, etc. A relação do Congresso Nacional, nesse período, é uma relação de subordinação perante o Poder Executivo Central, Tabela 1.

Observa-se ainda na tabela abaixo, que a média de anos de tramitação das PECs é de 2,8 anos, sendo que as propostas originadas no poder executivo federal tramitaram 1 ano em média, o que representa um terço de tempo da tramitação das PECs propostas pelo Senado Federal e um quarto de tempo da tramitação das propostas originárias na Câmara dos Deputados. O que revela que além do poder executivo atuar em área de competência do poder legislativo, conforme artigo 59 da CF citado acima, as propostas originadas no poder executivo federal tem prioridade na sua tramitação.

Tabela 1. Tramitação das Propostas de Emendas Constitucionais no Legislativo Federal até Aprovação das Emendas Constitucionais – Período – 06/10/1988 a 30/09/2013

Origem	Quant.	%	Dias/Todas PECs	Média/Dias/ PEC	Média/Ano/ PEC
Poder Executivo Federal	23	31,5	8.445	367	1,0
Senado Federal	21	28,8	24.608	1.172	3,2
Câmara Deputados	29	39,7	43.929	1.515	4,2
Total	73	100,0	76.982	1.018	2,8

Fonte: Elaboração própria.

A prioridade na tramitação das propostas iniciadas no executivo federal é dada não só pela subordinação histórica do legislativo ao executivo, como

Resultados e Discussão

referimos acima, mas também pela prática de constituição de uma base de apoio do poder executivo, no legislativo, com intuito de aumentar a governabilidade da gestão. Observa-se na Tabela 2 que na distribuição da iniciativa política das propostas de Emenda Constitucional aprovadas no Congresso Nacional o poder executivo além de ter iniciativa em 31,5% (quase um terço) das PECs, teve no bloco de partidos aliados o encaminhamento de outras propostas de seu interesse. Isso por ser constatado quando verifica-se que nas gestões do PSDB, este contou com o apoio principal do PFL/DEM, além do PMDB e outros em alguns momentos, e na gestões do PT este contou com o apoio principal do PMDB, além de outros partidos. O Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB é o partido que mais apresentou propostas aprovadas, depois do poder executivo federal, aparece com 16,4%, na sequência aparece o Democratas – DEM (antigo PFL, somados) com 12,3%, o partido dos Trabalhadores – PT com 11%, e o Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB com 9,6%. São esses os partidos que mais ofereceram propostas de alteração constitucional.

Tabela 2. Distribuição da iniciativa política da propositura das Emendas Constitucionais – Período – 06/10/1988 a 30/09/2013

Partido	Quantidade	%
Poder Executivo Federal	23	31,5
PMDB	12	16,4
PT	8	11,0
PSDB	7	9,6
PFL	7	9,6
PPB	3	4,1
PTB	2	2,7
PSB	2	2,7
DEM	2	2,7
PPS	1	1,4
PPR	1	1,4
PP	1	1,4
PDT	1	1,4
PCdoB	1	1,4
PL	1	1,4
Senado Federal	1	1,4
Total	73	100,0

Fonte: Elaboração própria.

Observando os dados por períodos de governo, Tabela 3, verifica-se que no período de gestão do governo Collor/Itamar (4 anos) foram apresentadas 4 ECs, o

Resultados e Discussão

período das duas gestões (8 anos) do presidente Fernando Henrique Cardoso – FHC foram apresentadas 35, no período das gestões (8 anos) do presidente Luis Inácio Lula da Silva – Lula, foram apresentadas 28, e nos anos de 2011 a 2013 foram apresentadas 6 ECs.

Quase metade das alterações constitucionais se deu na gestão FHC o que sugere, quando analisado o conteúdo das propostas aprovadas como veremos a seguir, uma urgência deste governo em adequar o marco constitucional aos interesses do projeto neoliberal hegemônico no contexto internacional e no Brasil, naquele momento.

Tabela 3: Publicação das Emendas Constitucionais - Período – 6/10/1988 a 30/09/2013

Origem	Quantidade	%
1990-1994 Governo Collor/Itamar	4	5,5
1995-1998 Governo FHC	16	21,9
1999-2002 Governo FHC	19	26,0
Total FHC	35	47,9
2003-2006 Governo LULA	14	19,2
2007-2010 Governo LULA	14	19,2
Total LULA	28	38,4
2011-2013	6	8,2
Total	73	100,0

Fonte: Elaboração própria.

Apresenta-se na Tabela 4 a distribuição dos assuntos tratados nas Emendas Constitucionais aprovadas. Os temas mais tratados pela ordem são: o administrativo, com 31,5%, seguido do político 13,7%, tributário 11,0%, econômico 11,0%, fiscal 11,0%, legislativo 8,2%, previdenciário 5,5%, saúde 5,5% e trabalhista com 2,7%. Verifica-se que a questão administrativa com 31,5% das Emendas constitucionais aprovadas representa quase que um terço de todas as Emendas aprovadas. A grande maioria das propostas administrativas foi aprovada na gestão dos presidentes FHC e Lula. Apesar da significativa representação do tema administrativo, mudanças importantes foram introduzidas apenas pela EC da Reforma Administrativa, no sentido de controlar gastos e permitir a participação do setor privado em atividades que até então eram desempenhadas pelo Estado, e pela EC que instituiu o Fundo de Combate a Erradicação da Pobreza.

Resultados e Discussão

Tabela 4: Distribuição dos temas tratados nas Emendas Constitucionais- Período – 6/10/1988 a 30/09/2013

Temas/Enquadramento	Quantidade	%
Administrativo	23	31,5
Político	10	13,7
Tributário	8	11,0
Econômico	8	11,0
Fiscal	8	11,0
Legislativo	6	8,2
Previdenciário	4	5,5
Saúde	4	5,5
Trabalhista	2	2,7
Total	73	100,0

Fonte: Elaboração própria.

O detalhamento dos principais temas pode ser visto no Quadro 1. Os temas foram enquadrados em nove itens para realização da discussão.

Quadro 1. Emendas Constitucionais – Temas Principais

Enquadramento	Temas Principais das Emendas		
Administrativo	Reforma Administrativa	Institui o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. Até 31/12/2010	Prorrogação por tempo Indeterminado o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza
Econômico	Plano FHC. flexibilização da disciplina jurídica concernente à ordem econômica do País. Flexibilização Monopólio Estatal do Petróleo, Gás, Mineração e Energia Elétrica	Plano FHC. flexibilização da disciplina jurídica concernente à ordem econômica do País. Flexibilização Navegação, Pesca, Transporte Marítimo	Plano FHC. flexibilização da disciplina jurídica concernente à ordem econômica do País. Flexibilização Serviços Telecomunicações
Fiscal	Finanças Públicas. Normas. Cria Fundo Estabilização Fiscal- FEF	Finanças Públicas. Normas. Institui DRU e prorroga até 2015	Extinção DRU do Orçamento Educação, a partir de 2011
Tributário	Reforma Tributária	Impostos Competência dos Entes Federados	Institui CPMF Exclusivo Saúde
Trabalhista	Iguala direitos Trabalhadores Urbanos e Rurais	Iguala direitos Trabalhadores Domésticos, Urbanos e Rurais	
Previdenciário	Reforma da Previdência Social	Acrescenta Aposentadoria por Invalidez	Modifica Sistema Previdência Social
Saúde	Permite a Contratação de agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate á Endemias.	Lei Ordinária Definirá Piso Salarial Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate á Endemias.	Define. Recursos mínimos Ações e Serviços de Saúde
Legislativo	Convalidação. Atos de Criação, Fusão e desmembramento de municípios até 31/12/2006	Inclusão dos direitos da juventude na CF	Constituição Federal. Inclusão Moradia na Política de Direito.
Político	Remuneração Deputados e Vereadores	Plebiscito e eleições	Permissão Reeleição Presidente, Governadores e Prefeitos

Fonte: Elaboração própria.

Resultados e Discussão

No tema administrativo que aparece com 23 Emendas destaca-se a reforma administrativa, como tentativa de alterar a estrutura do setor público (Oliveira & Turolla, 2003), proposta em 1995 e aprovada em 1998 durante a primeira gestão do presidente FHC. O Plano Diretor da Reforma do Estado, contido na EC da reforma administrativa, disciplinou e efetivou a privatização de todas as competências não exclusivas do Estado com incidência maior nas políticas sociais. Para o campo da saúde destaca-se nesta EC, a introdução do conceito de publicização dos serviços públicos de saúde, permitindo desta forma que serviços públicos possam ser transferidos para a operação do setor privado, política alinhada com a com a estratégia neoliberal. Outro destaque foi a criação do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza apresentado e aprovado em 2000, no segundo período do governo FHC, com vigência até 2010, e a sua prorrogação por tempo indeterminado apresentada e aprovada em 2010, no segundo período do governo Lula, política essa proposta pelo Banco Mundial já na década de 1990. A reforma administrativa foi uma iniciativa do Poder Executivo Federal e as propostas do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza foram de autoria do PFL/DEM. Quadro 1.

Destaca-se nesse tema a capacidade do poder executivo em conduzir para aprovação em curto espaço de tempo as propostas de seu interesse, e o forte alinhamento do conteúdo dessas propostas com o ideário neoliberal, conforme discutido no capítulo 1.

O tema político aparece a seguir com 10 EC, sendo responsável pelas duas primeiras ECs, aprovadas 1992, propostas em 1990. A primeira foi a EC nº1/1992 que tratou da remuneração dos deputados e vereadores, e a segunda foi a EC nº 2/1992 que tratou das eleições. Também consta desse tema a EC que definiu o aumento do número de vereadores, proposto e aprovado pelo senado federal em 2009. Nessas três ECs o parlamento fez valer a sua prerrogativa de legislar, conforme define o artigo 59 da CF. As três foram uma iniciativa no Senado Federal.

Resultados e Discussão

No tema Fiscal, com 8 EC, aparece questões como a criação da Desvinculação das Receitas da União – DRU, que foi instituída pela EC nº 27/2000, com vigência até 2003, depois prorrogada até 2007 pela EC nº 42/2003, até 2011 pela EC nº 56, e até 2015 pela EC nº 61/2011.

Criada pelo governo federal como um novo mecanismo de realocação de receitas, a DRU definiu a desvinculação de 20% (vinte por cento) da arrecadação da União de impostos, contribuições sociais e de intervenção no domínio econômico, já instituídos ou que vierem a ser criados no referido período, seus adicionais e respectivos acréscimos legais.

A DRU surge inicialmente no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, introduzida pela Emenda Constitucional de Regulação nº 1/1994, com o nome de Fundo Social de Emergência – FSE, com vigência para os anos de 1994 e 1995. O objetivo inicial da sua criação foi o saneamento financeiro da Fazenda Pública Federal e de estabilização econômica, cujos recursos seriam aplicados no custeio das ações dos sistemas de saúde, educação, benefícios previdenciários, auxílios assistenciais de prestação continuada, liquidação de passivo previdenciário, e outros programas de interesse econômico e social. A partir de 1996 passa a ser chamado de Fundo de Estabilização Fiscal - FEF, conforme Emenda Constitucional nº 10/1996. A Emenda Constitucional nº 17/1997 prorroga o FEF até 1999.

Em 2009, a Emenda Constitucional nº 59, de iniciativa da senadora Ideli Salvatti do PT/SC, excluiu a educação do cálculo da DRU. Sem grandes alardes essa emenda tramitou apenas 14 meses antes ser aprovada.

O tema tributário aparece na sequência com 8 propostas de Emenda Constitucional. Esse tema foi objeto de muito debate no âmbito da Assembleia Nacional Constituinte, e logo após a sua constitucionalização enfrenta vários questionamentos e várias propostas de reformulação são oferecidas, sem que nenhuma delas tenha tido êxito. Das EC aprovadas no tema tributário nenhuma se refere, de fato, à reforma tributária, apenas definem competências e introduzem contribuições, como é o caso da Contribuição Provisória sobre Movimentação

Resultados e Discussão

Financeira - CPMF. Introduzida pela EC nº 12/1996, a CPMF previa que a destinação dos recursos arrecadados seriam exclusivos para o setor saúde, com alíquota de 0,25% sobre movimentação ou transmissão de valores, de créditos, e direitos de natureza financeira (“§ 3º O produto da arrecadação da contribuição de que trata este artigo será destinado integralmente ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento das ações e serviços de saúde”). A CPMF vem após a extinção do Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira - IPMF em 1994, que tinha a mesma alíquota 0,25%, mas que direcionava recursos para a moradia, educação e não exclusivamente para a saúde. A CPMF foi prorrogada, por meio da EC 21/1999, por 36 meses, tendo sido sua alíquota alterada para 0,38%, permanecendo o mesmo percentual para saúde, 0,25%, e 0,13% para a Previdência Social, conforme art.1º que introduz o art. 75 ao ADCT, que em seu § 2º define que “O resultado do aumento da arrecadação, decorrente da alteração da alíquota, nos exercícios financeiros de 1999, 2000 e 2001, será destinado ao custeio da previdência social”. A EC 37/2002 prorroga a CPMF até 2004, reduz para 0,20% o percentual para a saúde, e define novos destinos para os recursos da CPMF conforme art. 3º que introduz o art.84 ao ADCT que em seu § 2º define que “Do produto da arrecadação da contribuição social de que trata este artigo será destinada à parcela correspondente à alíquota de:

I - vinte centésimos por cento ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento das ações e serviços de saúde;

II - dez centésimos por cento ao custeio da previdência social;

III - oito centésimos por cento ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, de que tratam os arts. 80 e 81 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias”.

Prorrogada até 31/12/2007 pela EC 42/2003, a CPMF, após ter sua prorrogação aprovada pela Câmara dos Deputados, foi rejeitada no Senado por não obter o mínimo de 49 votos para sua aprovação, obteve 45 votos a favor e 34 contra, sendo extinta a partir de janeiro de 2008. A DRU que fazia parte da mesma

Resultados e Discussão

EC da CPMF e depois foi desmembrada, foi votada e aprovada em primeiro turno por 60 votos a favor e 18 contra, na sequência da rejeição da CPMF.

Após a rejeição da CPMF, o Senado Federal realizou uma pesquisa de opinião e concluiu que 78% dos entrevistados concordaram com a decisão do senado, 18% não e 4% foram indiferentes. Na mesma pesquisa 52% concordaram que a imagem do senado melhorou com a rejeição da CPMF, 42% disseram que piorou e 6% não souberam ou não responderam¹².

O processo de discussão, aprovação, implementação e rejeição desse tributo, CPMF, é revelador da capacidade que tem o poder executivo em manobrar não só os instrumentos de política econômica, mais especificamente a peça orçamentária, alocando os recursos disponíveis de acordo com os seus interesses mais imediatos, como também a capacidade de convencimento dos senhores parlamentares para a aprovação dos seus assuntos de interesse, utilizando-se dos métodos já discutidos.

O tema econômico também aparece com 8 EC, sendo 4 destas EC propostas pelo poder executivo federal no primeiro ano do primeiro mandato do presidente FHC, e foram aprovadas e publicadas nesse mesmo ano, 1995. Essas alterações constitucionais propostas tiveram como objetivo a flexibilização da ordem econômica em áreas como petróleo, mineração, energia elétrica, gás, telecomunicações, navegação, transporte marítimo, etc.

O capital político do recém-eleito presidente FHC, acumulado desde quando arquitetou as bases do que viria a ser o chamado Plano Real, à época Ministro da Fazenda, permitiu a seu governo já no primeiro ano da sua primeira gestão fazer aprovar as propostas que eram do seu interesse e da fração do bloco no poder, o sistema bancário-financeiro, assunto explorado no capítulo 4.

O tema Legislativo aparece com 6 EC, com destaque para a inclusão dos direitos da juventude na CF, convalidação dos atos de criação, fusão e

¹² Pesquisa realizada pelo Senado Federal disponível em: http://www.senado.gov.br/noticias/DataSenado/pdf/datasenado/DataSenado-Pesquisa-O_Senado_e_o_fim_da_CPMF.pdf

Resultados e Discussão

desmembramento de municípios, proposto pelo PMDB em 2006 e aprovado em 2008, e a inclusão da moradia na política de direito proposta do PMDB em 1998 e aprovada em 2000.

O tema previdenciário aparece com 4 propostas, com questões que envolvem a modificação do sistema de previdência social no Brasil para tratar de assuntos como a alteração do tempo de contribuição, idade, regras de transição, entre outros. O texto foi apresentado por mensagem do poder executivo e se transformou na PEC 33/1995, aprovada em 1998 (EC nº 20) ainda na primeira gestão do governo FHC. Outro tema alinhado com o ideário neoliberal.

O tema Saúde aparece representado com 4 EC. Duas são relativas à contratação e salário dos Agentes Comunitário de Saúde e Agente de Controle de Endemias, outra aprova o acúmulo de cargos dos profissionais da saúde, e outra define ações e serviços de saúde, recursos para a saúde, entre outras definições, EC nº 29/2000. A referida emenda estabeleceu, no caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, os recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre o produto da arrecadação de impostos a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde. Definiu a aplicação mínima de 12% para os Estados e Distrito Federal e 15% para os municípios. No caso da União, a EC 29 em seu inciso I do § 2º, combinado com o § 3º do artigo 198, estabeleceu que uma Lei Complementar definiria o montante mínimo a ser aplicado em saúde, o que ocorreu em 13/1/2012 com a edição da Lei Complementar nº 141. Vale lembrar que a EC 29 definiu percentual mínimo para Estados e Municípios e montante mínimo para a União, ratificado pela LC 141.

A oposição e a forte resistência do governo federal em estabelecer um percentual da sua receita para a saúde é histórica e uma das questões centrais para a consolidação do SUS. O debate se estabelece atualmente em torno da proposta que tramita no congresso em atribuir 10% da Receita Corrente Bruta do governo federal para a saúde. Assunto tratado a seguir.

Resultados e Discussão

A EC previu ainda que dos recursos da União, quinze por cento, no mínimo, seriam aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde. Definição não cumprida até hoje pela União.

Por fim, o tema trabalhista aparece com 2,7%, tratando de igualar direitos entre os trabalhadores urbanos, rurais e domésticos.

2.2.2. A regulamentação dos dispositivos constitucionais por meio de Leis Complementares

No período pós-promulgação da Constituição Federal de 1988 até setembro de 2013, foram editadas 85 Leis Complementares – LC. Dessas LC, 40% foram de iniciativa do Poder Executivo Federal, 36,5% da Câmara dos Deputados, 22,4% no Senado Federal e 1,2% no Ministério Público Federal, Tabela 5. Assim como nas proposições das Emendas Constitucionais, verifica-se nesses percentuais a forte atuação do Poder Executivo Federal também na proposição de regulamentação do texto constitucional.

As 85 Leis Complementares – LC, aprovadas pelo poder legislativo federal, tramitaram por 70.406 dias no período em que se estendeu entre a sua proposição, PLP, até a data da publicação da LC. Observa-se que na média de tramitação por LC, que foi de 828 dias, os PLPs que tiveram iniciativa no Poder Executivo Federal tramitaram em média 661 dias, o que representa um número próximo a 1,8 anos, enquanto as propostas do Senado Federal tramitaram em média 2,4 anos, as propostas da Câmara dos Deputados 2,6 anos, e do Ministério Público Federal, 4,1 anos. As propostas do Governo Federal tramitaram em média 342 dias (quase um ano) a menos que a média da tramitação dos demais PLPs.

Tendo as suas proposições aprovadas em menos de 2 anos de tramitação o poder executivo federal demonstra, assim como no caso das ECs, a sua capacidade de articulação da base aliada para fazer aprovar os seus interesses.

Resultados e Discussão

Tabela 5. Tramitação dos Projetos de Leis Complementares – PLP no Legislativo Federal até a aprovação das Leis Complementares – LCs – Período - 6/10/1988 a 30/09/2013

Origem	Quant.	%	Dias/Todas PLCs	Média/Dias/PLC	Média/Ano/PLC
Ministério Público Federal	1	1,2	1.514	1.514	4,1
Câmara Deputados	31	36,5	29.793	961	2,6
Senado Federal	19	22,3	16.622	875	2,4
Poder Executivo Federal	34	40,0	22.477	661	1,8
Total	85	100,0	70.406	1.003	2,7

Fonte: Elaboração própria.

Na distribuição da iniciativa política de propositura das LCs, o poder executivo teve iniciativa em 40% das LCs, o que representa 2,6 vezes as propostas do Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB, que aparece a seguir com 15,3%. Na sequência aparece o Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB e o Partido dos Trabalhadores – PT, todos com 9,4%, e o Democratas – DEM (antigo PFL) com 8,2%, sendo os partidos que mais ofereceram projetos de Lei Complementar. Tabela 6.

Observa-se no período estudado uma concentração do poder político no Brasil, na medida em que as propostas originadas no executivo, somado às propostas originadas nos quatro grandes partidos eleitos em coligação para a condução do poder executivo, perfazem mais de 80% das proposições.

Tabela 6. Distribuição da iniciativa política da propositura das Leis Complementares – Período – 6/10/1988 a 30/09/2013

Partido	Quantidade	%
Poder Executivo Federal	34	40,0
PSDB	13	15,3
PMDB	8	9,4
PT	8	9,4
PFL	7	8,2
PSB	3	3,5
PDS	2	2,4
PTB	2	2,4
PV	2	2,4
PDT	2	2,4
PRN	1	1,2
PPB	1	1,2
PPS	1	1,2
Ministério Público Federal	1	1,2
Total	85	100,0

Fonte: Elaboração própria.

Resultados e Discussão

A tabela 7 apresenta a distribuição dos assuntos tratados nas Leis Complementares. O tema administrativo aparece com 48,2%, seguido do tributário 34,1%, político 5,9%, econômico 4,7%, previdenciário 3,5%, fiscal 2,4%, e saúde com 1,2%. O tema administrativo representa quase que a metade de todas as emendas aprovadas. As principais propostas aprovadas no tema administração e tributário, que juntos representam 82% das EC, se referem ao apoio ao setor privado e ao aumento de arrecadação.

Tabela 7. Distribuição dos temas Tratados nas Leis Complementares – Período 6/10/1988 a 30/09/2013

Enquadramento	Quantidade	%
Administrativo	41	48,2
Tributário	29	34,1
Político	5	5,9
Econômico	4	4,7
Previdenciário	3	3,5
Fiscal	2	2,4
Saúde	1	1,2
Total	85	100,0

Fonte: Elaboração própria.

O enquadramento dos temas pode ser visto no Quadro 2. Os assuntos foram divididos em sete temas para realização da discussão.

Quadro 2. Leis Complementares – Temas Principais

Enquadramento	Temas Principais das Leis Complementares	
Administrativo	Proteção meio ambiente, Organização Ministérios, Criação de Conselhos e regiões integradas de desenvolvimento	Institui Fundos (Penitenciário Reforma Agrária, Polícia Federal) Institui Estatuto da Microempresa e Empresa Pequeno Porte
Econômico	Sigilo mercado financeiro	Política de Seguros, Resseguros Sistema crédito cooperativo
Fiscal	Cria Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF	Acrescenta dispositivos a LRF
Tributário	Alteração código tributário Nacional (Critérios distribuição FPE, FPM, IPI, ICMS, IPVA)	Institui COFINS Institui IPMF
Previdenciário	Institui Previdência Complementar	Previdência Complementar Regulamenta Regime Geral Previdência Social
Saúde	Regulamenta Emenda Constitucional nº 29. Recursos e ações e serviços públicos de saúde	
Político	Inelegibilidade de políticos	Fixa número de deputados

Fonte. Elaboração própria

Resultados e Discussão

Destacam-se no tema administrativo com 41 LC as questões normativas de organização de ministérios, criação de Conselhos, Fundos e Estatutos, dos quais 43,9% são de iniciativa do Poder Executivo Federal.

O segundo tema é o tributário com 29 LC. Define critérios de distribuição de tributos como o Fundo de Participação dos Estados - FPE, Fundo de Participação dos Municípios - FPM, Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI, Imposto sobre Circulação de Mercadorias - ICMS, Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores - IPVA, cria a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS, em 1991, destinada exclusivamente às despesas com atividades-fim das áreas de saúde, previdência e assistência social, com alíquota de 2% do faturamento mensal das empresas, que integrará o Orçamento da Seguridade Social, e cria o Imposto Provisório sobre a Movimentação ou a Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira – IPMF, em 1993, extinto em 1994, com alíquota de 0,25% e com destinação dos recursos arrecadados com o imposto para setores como moradia popular e educação e não exclusivamente para a saúde.

O tema político aparece a seguir com 5 LC, tratando de questões como a definição do número de deputados e a inelegibilidade para qualquer cargo, mandatos no executivo e mandato no legislativo.

No Plano Econômico, que aparece com 4 LC, trata-se de questões relacionadas ao mercado financeiro.

O tema previdenciário com 3 LC aprovadas trata de questões como o Regime Geral da Previdência Social, regulando a aposentadoria de pessoas com deficiência e instituindo a previdência privada complementar.

As duas Leis complementares editadas no período sobre o tema fiscal dizem respeito à normatização das finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, a chamada Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF. A LRF trata de questões relativas às despesas e às receitas públicas, dos orçamentos, diretrizes orçamentárias, planos plurianuais, setoriais e definição de

Resultados e Discussão

percentuais máximos a serem gastos com despesas de pessoal em cada ente federado.

Proposto pelo poder executivo no primeiro ano do segundo mandato do presidente FHC, a LRF foi aprovada em menos de um ano. A edição dessa lei faz parte do Programa de Estabilidade Fiscal do governo federal, programa esse comprometido com o FMI, quando da negociação do empréstimo ao Brasil por conta da grave crise de 1998. Assunto tratado no capítulo 4.

O tema Saúde aparece representado pela Lei Complementar nº 141 de 13/1/2012 (Brasil, 2012), regulamentação da EC 29, que trouxe questões importantes como a definição do que são ações e serviços públicos de saúde, a questão da transparência e do controle na gestão e nos recursos da saúde, da movimentação e aplicação de recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, definindo, entre outras coisas, que a União não teria um percentual relacionado à receita de impostos como no caso dos Estados, Municípios e Distrito Federal, e sim um montante mínimo. Esse montante mínimo se refere ao valor empenhado no exercício anterior mais a variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB. Vale lembrar que a EC 29 previu a definição de percentuais mínimos para os demais entes federados e no caso da União definiu **montante mínimo**. Reforçamos aqui a resistência do governo federal em alocar um percentual da sua arrecadação para o setor saúde, apesar da luta dos movimentos na defesa do SUS para que isso ocorra.

A discussão sobre a regulamentação da EC 29 iniciou-se em 5/3/2002, com a apresentação ao Senado do Projeto de Lei do Senado – PLS nº 35 pelo senador Tião Viana. O projeto tramitou naquela casa até 22/1/2007, quando foi arquivado. Outra iniciativa importante que contou com o apoio e a mobilização de vários movimentos em defesa da saúde pública (CNS, CONASS, movimentos sociais, Frente Parlamentar da Saúde, entidades de movimentos da reforma sanitária, etc.) foi a apresentação do PL 01/2003 pelo deputado Roberto Gouveia. O projeto que previa, entre outras coisas, 10% da RCB para a saúde teve o mesmo destino do PLS 35, o arquivo.

Resultados e Discussão

O PLS 35 foi reapresentado em 20/3/2007, pelo mesmo autor, sob nº PLS 127, foi aprovado em 9/4/2008. Ingressou na Câmara Federal em 12/5/2008, nomeado PLP 306/2008, recebeu no dia 4/6/2008 9 emendas de plenário, e no dia 10/6/2008 recebeu 1 emenda da Comissão de Finanças e Tributação – CFT, e 1 Emenda da Comissão de Seguridade Social e Família – CSSF. As emendas de Plenário, após as aprovações e rejeições foram consolidadas e apresentadas pelo relator da CFT, deputado Pepe Vargas PT/RS, na forma de Subemenda Substitutiva Global de Plenário às emendas de plenário e ao substitutivo, passando a ser nominado PLP 306B. Esse projeto é apresentado com a introdução da Contribuição Social para a Saúde – CSS e sem a fixação dos 10% das Receitas Correntes Brutas previstas no PLP 306. Os argumentos levantados pelo relator, ancorados no cenário de crescimento do PIB da ordem de 5% ao ano, que elevaria a participação dos gastos da saúde no total das receitas federais, são os que seguem:

No que se refere à adequação orçamentária e financeira, o Projeto de Lei Complementar sob comento define que a União aplicará anualmente pelo menos 10% das receitas correntes brutas para área de saúde até 2011, sendo que, no mínimo, 8,5% da referida receita, deve ser gasta já no exercício de 2008. Esse dispositivo cria despesa continuada de caráter obrigatório, caracterizada como uma despesa permanente que pressiona os orçamentos públicos por mais de um exercício. Nesse sentido, contraria a legislação fiscal, sobretudo a Lei Complementar N.º 101 de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade – LRF). No seu art. 17, a LRF dispõe que os atos que criarem despesa obrigatória de caráter continuado, além da estimativa do seu impacto orçamentário-financeiro, deverão demonstrar a origem dos recursos para o seu custeio e devem, ainda, ser acompanhados pela comprovação de que a despesa criada não afetará as metas de resultados fiscais. Esses requisitos não são satisfeitos no projeto em comento. Deste modo, considerando a responsabilidade política da Câmara dos Deputados com a área da saúde, os Líderes das bancadas do PT, PMDB, PSB, PDT, PC do B, PR, PTB e PP, optaram por elaborar este Substitutivo a fim de adequar a matéria, do ponto de vista orçamentário e financeiro. Com a finalidade de

Resultados e Discussão

harmonizar a regulamentação da Emenda nº 29, de 2000, aos princípios norteadores da responsabilidade fiscal, a alteração proposta cria, com fundamento no § 4º do art. 195 e § 1º do art. 198 da Constituição Federal, a Contribuição Social para a Saúde (CSS), visando ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde exclusivamente. (Senado, 2008, p.9).

No trecho acima, o relator Pepe Vargas na exposição de motivos em seu relatório, ao declarar seu voto argui as razões pelas quais o projeto do senador Tião Viana, agora substituído (PLP 306B), está sendo apresentado sem a fixação dos 10% das Receitas Correntes Brutas. O primeiro argumento é o alinhamento da base aliada com o discurso do executivo em não vincular recursos de arrecadação, assim argumenta que o cenário econômico em crescimento deve dar conta de responder com mais recursos para a saúde. Se o PIB cresce e a previsto na EC 29 é que toda a variação positiva do PIB deve ser repassada para a saúde, então o orçamento da saúde cresce. O segundo argumento é de que cria despesa continuada sem previsão de receita, ferindo o artigo 17 da LRF. Dessa forma argumenta que por responsabilidade política dos deputados da base aliada com a área de saúde, propôs a criação da CSS. Que mais tarde seria excluída do texto aprovado.

Ao analisar esses argumentos depreendemos que a toda proposta de avanço em alguma área social, e na área da saúde, em particular, é imediatamente arguido a Lei Complementar 101 (Lei de Responsabilidade Fiscal). As metas de resultados fiscais se tornaram fim da administração pública, e não meio. Os discursos e as práticas se tornaram orgânicas nas esferas de poder e se pretende alcançar o conjunto da sociedade (Teixeira e Pinto, 2012). Assunto discutido no capítulo 4.

A redação final que vai à votação, nos termos acima, é dada pelo relator da Comissão de Constituição e Justiça e Cidadania, deputado Eduardo Cunha em 21/9/2011 sob nº PLP 306D. Aprovada em 21/9/2011, segue para a votação no senado.

Resultados e Discussão

Antes da votação no senado foi apresentado um destaque por meio do requerimento nº 1.528 de autoria dos senadores Alvaro Dias PSDB/PR e Demóstenes Torres DEM/GO no sentido de que os artigos que tratam da Contribuição Social para a Saúde – CSS fossem retirados do texto a ser votado. Destaque aprovado por 62 senadores e rejeitado por 9. Um segundo destaque foi apresentado por meio do requerimento nº 1.529, de autoria do senador Alvaro Dias com o propósito de restabelecer o texto original aprovado no senado no sentido de manter os 10% da Receita Corrente Bruta da União para a saúde. Destaque aprovado por 25 senadores e rejeitado por 45.

Relator do projeto no senado, o senador Humberto Costa PT/PE submete à votação do plenário o Substitutivo ao projeto de lei do senado (PLS 121/2007) aprovado na Câmara dos Deputados, agora se tornando PLP 306D. Esse projeto não contempla mais a Contribuição Social para a Saúde – CSS e nem o percentual de 10% da Receita Corrente Bruta da União para a Saúde, mas reintroduz no texto os recursos do Fundo de Valorização dos Profissionais de Educação (Fundeb), na base de cálculo do montante de recursos que os Estados devem aplicar em saúde. O projeto foi aprovado no senado em 7/12/2011, por 70 votos a favor e 1 voto contra.

Essa votação não reflete a informação prestada pelo Senador Humberto Costa, quando em debate na 14ª Conferência Nacional de Saúde em novembro de 2011, portanto alguns dias antes da votação do PLP 306D, afirmou que o governo tinha maioria “folgada” para aprovar qualquer proposta no Senado, e que na qualidade de relator iria encaminhar a proposta e orientar a base de apoio do governo para a aprovação de mais recursos para a saúde.

Ao reafirmar aqui a votação: 70 votos a favor e 1 contra, entendemos ser este mais um exemplo da organicidade das esferas de poder, que subordinam os interesses sociais, e os da saúde em particular, aos interesses da política econômica
hegemonica.

CAPÍTULO 3. A CONSTITUCIONALIZAÇÃO E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.

3.1. Contexto em que emerge uma política tardia e antagônica: o instituinte.

No Brasil o tema da seguridade social aparece tardiamente na agenda política. O assunto só aparece na pauta de discussões, desde a formação da República, a partir de meados da década de 1970.

Na formação do sistema de saúde brasileiro, segundo Soares (2007), destacam-se três marcos importantes: o primeiro, entre as décadas de 1920 e 1960, é o surgimento da previdência social, que possibilitou a estruturação do sistema financiado por meio de uma base contributória de afiliação profissional obrigatória, cotizado por empregados e empregadores. O segundo, que se deu entre as décadas de 1970 e 1980, foi a normatização e a rápida criação do complexo médico-industrial, impulsionado pelo forte crescimento econômico do período dos “anos dourados do capitalismo”.

Discutimos nesta sessão o terceiro importante marco da política de saúde no Brasil, que se dá a partir de meados da década de 1970, e que desemboca no processo de constitucionalização do direito à saúde e na institucionalização do Sistema Único de Saúde.

As bases da reforma sanitária e a aprovação do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988 – CF (Brasil, 1988) tiveram suas origens na década de 1970, nos movimentos sociais pela democratização do Estado, no movimento das Plenárias de Saúde e nos colegiados participativos de saúde.

Denominou-se esse processo de movimento, não só por representar a aglutinação organizada de entidades e pessoas com objetivos e formas de manifestações articuladas no cenário social e político, como por ser espécie de ato contínuo do chamado movimento sanitário, que deu corpo e forma à Reforma Sanitária Brasileira (Brasil, 2006, p.17).

A luta desses atores foi pela conquista de uma política de saúde como direito, no contexto dos direitos sociais. Um direito à saúde não só como

Resultados e Discussão

reconhecimento da sobrevivência individual e coletiva, mas como direito ao bem-estar completo e complexo, implicando condições de vida articuladas biológicas, culturais, sociais, psicológicas e ambientais (WHO, 1946). Além do objetivo da implantação de uma política de saúde de direitos, dentro dos marcos definidos pela OMS, os movimentos pretendiam:

... um novo paradigma e a uma nova forma de considerar a questão da saúde da população, coletiva e individualmente, como direito e como questão de todos, sobre a qual os sujeitos implicados tomam decisões. A participação é essa nova articulação do poder com todos os envolvidos, na transformação dos atores passivos em sujeitos ativos, dos atores individuais em atores coletivos (Brasil, 2006, p.18).

Os movimentos sociais e os ligados à saúde, em particular, passam a ter um papel fundamental nessa conquista na medida em que pela via da argumentação, da pressão e dos embates, o Estado passa a ser inquirido como lugar de exclusividade de poder das elites ou de arranjos de poder dos dominantes e se torna público, no qual o paradigma do direito passa a fazer parte da agenda do governo e do próprio Estado. Na esfera dos colegiados participativos, os discursos antes desqualificados e oprimidos pelo poder dos setores capitalistas hegemônicos passam a ser considerados (Brasil, 2006). Na década de 1970, número crescente de gestores municipais de cidades médias assumem a Atenção Primária da Saúde – APS e se envolvem na gestão, configurando o “movimento municipal de saúde”.

O movimento sanitário surge como novo sujeito coletivo, par e passo com a participação social, construindo a partir de um conjunto de práticas, que Sérgio Arouca caracterizou em três níveis: a prática teórica (construção do saber), a prática ideológica (transformação da consciência) e a prática política (transformação das relações sociais) (Brasil, 2006).

Mobilizações foram realizadas, transformando o conteúdo da participação social nos seguintes aspectos:

- deixa de ser referência apenas dos setores sociais excluídos pelo sistema (seus opositores), passando ao reconhecimento da diversidade

Resultados e Discussão

de interesses e projetos em disputa na sociedade, em sua relação com o Estado, e adquirindo, em consequência, dimensão e perspectiva mais abrangentes;

- incorpora a conotação de cidadania, que expressa a estratégia de universalização dos direitos;
- refina a análise e a compreensão do Estado como lócus de conflito de interesses contraditórios, quebrando o maniqueísmo (oposição x Estado) e os monolitismos contidos nesta polaridade (como se oposição e Estado fossem duas entidades homogêneas);
- propõe participação, de parte instituinte a representação direta da sociedade, a ser institucionalizada no interior do aparato estatal, para legitimar a si própria e aos interesses de que é portadora;
- altera a perspectiva do movimento relacional entre Estado-sociedade, atribuindo-lhe uma possibilidade de interlocução e diálogo, em que o Estado é vislumbrado como passível de acolhimento de propostas oriundas da sociedade e esta como espaço de elaboração daquelas que configurem os interesses e reivindicações dos grupos sociais;
- compreende a autoidentidade do movimento sanitário e a identidade dos agentes sociais presentes na disputa política como construções históricas em processo, em movimento, superando concepções anteriores de identidade fixas, pré-determinadas (Fleury, 1989,, apud Brasil, 2006); e, finalmente;
- contrapõe o conceito de controle social ao controle privado do Estado por segmentos sociais com maior poder de acesso. (Brasil, 2006, p.42).

Várias iniciativas foram determinantes no período pré-constituição para a conquista do direito a saúde na CF, podendo ser destacadas (Brasil, 2006):

1. Criação, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e iniciativas municipais de APS e outras;
2. Realização, em 1979, do 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde promovido pela Câmara dos Deputados. Gerou um documento redigido pelo CEBES, intitulado a “A questão democrática na Área de Saúde”, que virou a cartilha do movimento sanitário. Rodriguez Neto, 2003, apud Oliveira, 2005;

Resultados e Discussão

3. Em 1980, foi proposto o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) – que, na realidade, nunca saiu do papel;
4. Criação, em 1981, do Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária – Conasp, cujo objetivo inicial era organização e aperfeiçoamento da assistência médica e na sugestão/elaboração de critérios para a racionalização dos recursos previdenciários destinados à assistência (Inamps). Medidas como a introdução da AIH – Autorização de Internação Hospitalar e das AIS – Ações Integradas de Saúde, com repasses de recursos previdenciários aos Estados e Municípios por convênio, a criação de comissões interinstitucionais de saúde nos vários níveis federativos (CIS, CRIS, CIMS, CLIS) foram introduzidas por meio de Portaria¹³;
5. O restituição do governo civil em 1984, com a posse do presidente José Sarney, após a morte de Tancredo Neves, no que se convencionou a chamar de Nova República;
6. A realização, em março de 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que se configurou como uma “Constituinte da Saúde”;
7. A criação, agosto de 1986, da Comissão Nacional da Reforma Sanitária – CNRS, por Portaria Interministerial¹⁴, cuja atividade inicial era de implementar as deliberações da conferência, posteriormente se dedicou ao aprofundamento do Relatório Final da 8ª CNS¹⁵;
8. Instalação, em 1º/2/1987, da Assembleia Nacional Constituinte;
9. Criação, em julho de 1987, dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS.

¹³ Portaria 3062 de 23/8/1982 do Ministério da Previdência e Assistência Social.

¹⁴ Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/1986: editada em 20 de agosto de 1986.

¹⁵ A CNRS tinha os seguintes objetivos: analisar as dificuldades identificadas no funcionamento da rede nacional de serviços de saúde e sugerir opções para a nova estrutura organizacional do sistema; examinar os instrumentos de articulação entre os setores de governo que atuam na área da saúde e propor o seu aperfeiçoamento; apontar mecanismos de planejamento plurianual no setor saúde, ajustando-os com precisão às necessidades dos segmentos da população a ser atendida. Extraído do Inventário da CNRS, Fiocruz.

Resultados e Discussão

A partir das lutas e pretensões dos movimentos sociais, plenárias e colegiados participativos, a CNRS, articulada com o movimento sanitário e próxima ao poder legislativo, ofereceu-se uma proposta de conteúdo para a saúde na Constituição e uma nova proposta de Lei para o Sistema Nacional de Saúde, em substituição à Lei 6.229/75¹⁶. A Assembleia Nacional Constituinte, convocada pelo governo militar por meio de Emenda Constitucional¹⁷, menos por vontade senão pela conjuntura econômica vivida pela crise já no início da década de 1980 e pela força dos movimentos populares, recebe o Relatório Final da 8ª CNS, que foi considerado uma pré-constituente no campo da saúde, e o Relatório da CNRS que propôs a implementação do SUS e foi o principal subsídio para a elaboração do capítulo da saúde na Constituição Federal. (Balsemão, 2002, apud Oliveira, 2005).

O texto oferecido que tramitou inicialmente pela Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, trouxe as principais propostas defendidas na 8ª CNS e na CNRS: O direito à saúde e o dever do Estado, a participação social por meio de conselhos, a participação complementar do setor privado, e o financiamento da saúde com recursos da arrecadação tributária, administrados por meio de fundos de saúde.

Se a garantia da saúde é um dever do Estado, conforme definido, Barros, Piola e Vianna (1996) sintetizam as razões pelas quais o Estado deve estar presente na saúde:

A crescente responsabilidade estatal no campo da saúde é uma característica comum à maioria dos sistemas de saúde contemporâneos. Se a participação do Estado como provedor direto de serviços pode variar de intensidade de país para país, praticamente em todo o poder público se destaca, quer como agente regulador, quer como fonte de financiamento. Custos em ascensão, externalidades e a possibilidade de os sistemas de saúde funcionarem com equidade, quando ao sabor das

¹⁶ Lei 6.229/75 – Organiza o Sistema Nacional de Saúde, revogada pela Lei 8.080/90.

¹⁷ Emenda Constitucional nº 26, de 27 de novembro de 1985.

Resultados e Discussão

forças de mercado, explicam, em grande medida, essa participação (p. 25,26).

O Relatório da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente foi enviado à Comissão da Ordem Social com todos os pontos defendidos pelo movimento, restando a questão do financiamento, que ficou sem acordo (Oliveira, 2005). Foi na Comissão da Ordem Social que foi introduzido a saúde no capítulo da Seguridade Social, como não havia sido proposto anteriormente. Essa inclusão foi defendida pela ala considerada conservadora à época (Odacir Soares PFL/RO), em virtude da sua origem de apoio ao governo militar, que propõe a superação da concepção contratualista e securitária associada à ideia de previdência social, e pela ala progressista considerada à época (Eduardo Jorge PT/SP), que entre outras coisas teve a sua origem no meio sindical e popular, que argumenta que a seguridade é um termo mais amplo que a previdência e que, para fazer valer os direitos nela contidos, não é preciso ser contribuinte ou beneficiário. Preocupados com a perda de autonomia, o movimento sanitário até propôs, inicialmente, emendas à questão da seguridade social, mas depois recuou com receio de perder os avanços conquistados e para não obstaculizar o andamento do projeto, (Oliveira, 2005).

O texto depois de passar pelas comissões de sistematização foi a plenário para finalmente serem ratificadas as propostas reformistas do movimento social e sanitário.

A política de saúde aprovada na CF expressa as disputas políticas e econômicas que se estabeleceram à época. Se por um lado as propostas reformistas aprovadas trouxeram os princípios da universalidade e integralidade que norteiam a formação dos sistemas nacionais de saúde, por outro o avanço do neoliberalismo influenciou os debates no âmbito da Assembleia Nacional Constituinte e questões como o financiamento do SUS ficaram indefinidas, e a participação do setor privado na saúde foram defendidas vigorosamente, como pode ser visto nos discursos abaixo, e a tese da participação complementar do setor privado obteve êxito e foi inscrita na CF.

Resultados e Discussão

O discurso do Constituinte Arnaldo Faria de Sá (PTB-SP), Junho de 1987, Quinta-Feira 18, Livro vol. 5, p. 2755, demonstra essa tendência contrária a estatização da saúde: 'Ora, se o Estado não consegue tratar as ações básicas de saúde, nem sequer eliminar os mosquitos transmissores de doenças, muito menos terá capacidade de executar os serviços médicos e hospitalares como desejam os sanitaristas. De qualquer forma, se o projeto vier a ser aprovado como proposto originalmente, o seu preço, mais uma vez, será pago pelo contribuinte. A estatização exigira que se dobre a carga tributaria sobre o brasileiro'. Ainda sobre o assunto, ver discurso do Constituinte Inocêncio Oliveira (PFL-PE) (Julho de 1987, Quinta-feira 23, Livro vol. 6, p. 3531), no qual afirma que caracterizar as ações de saúde como de natureza pública é inviabilizar o setor privado e, portanto, inviabilizar como um todo o setor da saúde no Brasil (Oliveira, 2005, p.10).

Desta forma “a política pública de saúde, implantada durante a década de 1990, guarda importante grau de antagonismo com a crescente liberalização da economia... e com o avanço do modelo neoliberal” (Campos e Onockco Campos, 2000, p.87).

A Organização Mundial da Saúde em seu Relatório de 2010 destaca a necessidade da busca pela cobertura universal e sua relação com o desenvolvimento econômico e social sustentado:

Melhor saúde é crítica para o bem-estar humano e essencial para um desenvolvimento econômico e social sustentado. Atingir o “nível de saúde mais elevado possível”, como declarado na Constituição da OMS, requer uma nova e contínua procura para alcançar a cobertura universal em muitos países, e ações decididas para proteger os ganhos já alcançados em outros.

Para atingir a cobertura universal de saúde, os países precisam de sistemas de financiamento que permitam às pessoas utilizar todos os tipos de serviços de saúde – promoção, prevenção, tratamento e reabilitação – sem incorrer em sacrifício financeiro (OMS, 2010, p.26).

A questão do financiamento aparece como central na busca pela universalidade e integralidade do SUS.

3.2. A conformação do SUS:

o instituído

Sucedâneo do SUDS e suas normativas, as bases iniciais para a nova institucionalidade na política de saúde no Brasil, conforme definido dadas na Constituição de 1988 (Brasil, 1988) e nas Leis 8080 (Brasil, 1990a) e 8142 (Brasil, 1990b), encontraram nas normas operacionais as estratégias para a estruturação e implementação do SUS. As chamadas Normas Operacionais Básicas – NOB, e depois nominadas Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS, foram editadas por meio de portarias do Ministério da Saúde e tinham como objetivo principal a implementação das diretrizes fundamentais para a consolidação do SUS - a descentralização e a regionalização.

Na busca pela organização do SUS, por meio da delegação aos Estados e aos municípios das responsabilidades de gestão dos sistemas loco-regionais, foi implantada a NOB 01/91 (Brasil, 1991), que focou a descentralização na autonomia decisória e financeira dos gestores, na participação da comunidade, e no controle e avaliação do sistema. A NOB 01/93 (Brasil, 1993), que teve como base o documento “Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir as Leis”, marcou grande avanço no processo de descentralização, fortalecido no ano seguinte a sua criação pelo início da transferência automática, fundo a fundo, dos recursos federais aos municípios.

Pretendia-se no texto da NOB 01/96 (Brasil, 1996) fortalecer o processo de descentralização, que entre várias medidas importantes estabelece tetos de recursos para o financiamento de ações e serviços de saúde, prenúncio dos futuros blocos de financiamento do SUS criados em 2006. Apesar dos avanços propostos essa norma muito antes de ser implantada sofreu um conjunto de alterações, por meio de portarias proferidas no final de 1997, que a desconfigurou. As razões da desconfiguração da NOB 01/96 estão nas dificuldades na sua operacionalização, dado pela sua formulação complexa e pelas poucas condições dos entes federados na sua implementação.

Resultados e Discussão

Essa fase, depois dos avanços verificados com o NOB 93, é marcada pela recentralização decisória no âmbito do Ministério da Saúde na medida em que esse “abandona” o processo de tomada de decisão compartilhado principalmente no âmbito do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Intergestores Tripartite. Desconhecendo e/ou desconsiderando o marco legal do SUS, o Ministério da Saúde usurpa o seu papel delegado, ou não, de normatizador do SUS. Esse *modus operandi* produziu efeitos nefastos para o SUS e que perduram até hoje. Um exemplo do afã normatizador do Ministério da Saúde no campo do financiamento foi a ampliação da fragmentação de recursos instituída pela NOB/96, definindo recursos isolados para políticas isoladas. Consolida-se aqui a estratégia de financiamento específico para programas específicos, as chamadas “caixinhas de recursos”¹⁸.

Ainda sob a égide das NOBs na política de saúde, registramos que a NOB 01/92 (Brasil, 1992) não trouxe inovações em relação à NOB 91, e à NOB 94, nem chegou a ser implantada devido ao veto realizado pelo Ministério da Fazenda, que à época era capitaneado pelo Ministro Fernando Henrique Cardoso, por propor mais recursos para a saúde.

O processo de regionalização que pretende a promoção de maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, não logrou êxito no tempo das NOAS e ainda hoje, 25 anos após a constitucionalização do SUS, estando sob a égide do Decreto 7.508 a sua implantação enfrenta enormes dificuldades para avançar.

A NOAS 01/2001 (Brasil, 2001), apesar da sua revogação no ano seguinte, criou um movimento de discussão positivo (Carvalho, 2002), e a NOAS 01/2002 (Brasil, 2002) buscou intensificar o processo de regionalização, sem sucesso. As razões para o pouco avanço da regionalização podem ser explicadas, em parte, pelo excesso de normatividade técnica e rigidez nas propostas, e pela tentativa do

¹⁸ Termo utilizado para referir a transferência de recursos federais para Estados e municípios para o financiamento de políticas, projetos, e programas específicos por meio da transferência no início majoritariamente via instrumento convenial e mais recentemente se mantém por meio da transferência na modalidade fundo a fundo.

Resultados e Discussão

Ministério da Saúde em implantar uma normativa técnica sem considerar que “a regionalização não resulta, obrigatoriamente, na delimitação, nomeação e hierarquização de áreas no território, mas sim em acordos políticos embasados por informações coerentes com a dinâmica de uso do território” (Viana, 2008, p. 98). Acordos esses condicionados “pelas relações entre entes governamentais, organizações públicas e privadas, e cidadãos, em diferentes espaços geográficos”. (Viana e Lima, 2011, apud Fiocruz et al, 2012).

Dessa forma se a regionalização é vital para a organização do Sistema Único de Saúde, e o conceito de sistema “pressupõe a lógica da rede, de ligação entre polos, de funcionamento harmônico das distintas partes em função de objetivos sistêmicos...” (Campos, 2006, p.426), a questão do financiamento do SUS, como mais um polo de ligação, e sua relação direta com a questão macroeconômica discutida no capítulo 1, concorre para estabilizar ou desestabilizar a regionalização e a organização do SUS, e se constitui como um elemento decisivo que deve ser considerado na base da construção do acordo político.

Mudanças significativas foram introduzidas no Sistema Único de Saúde, principalmente a partir de 2006, introduzindo uma nova institucionalidade na política de saúde. Essa mudança decorre do esgotamento do modelo de implementação de políticas pela via técnico-normativa, com rigor e detalhamento uniforme para todo o território, constatado nas dificuldades de implantação das normas operacionais e reconhecido pelo Ministério da Saúde.

Ao longo de sua história houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso tem exigido, dos gestores do SUS, um movimento constante de mudanças, pela via das reformas incrementais. Contudo, esse modelo parece ter se esgotado, de um lado, pela dificuldade de imporem-se normas gerais a um país tão grande e desigual; de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade (Brasil, 2006, p.1).

Resultados e Discussão

Buscando garantir o compromisso com a consolidação e o avanço do processo de Reforma Sanitária Brasileira, vários documentos foram editados. Observa-se nesse período uma abertura maior para a discussão e negociação com as instâncias colegiadas legalmente constituídas no âmbito do SUS, antes da publicação das propostas de políticas de saúde. **“A ordem agora é combinar, acordar, pactuar”**.

Com o objetivo de avançar na descentralização e na regionalização, em substituição à NOB/96 e à NOAS/2002, o primeiro documento publicado em 2006 foi a Portaria nº 399 que instituiu o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006a). Essa nova institucionalidade pretendia, reconhecendo os erros cometidos na implantação das normas operacionais, avançar na consolidação do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa, respeitando as diferenças regionais.

Essa portaria previa, entre outras coisas, a definição clara de responsabilidades entre os entes federados, revisão anual do pacto pela saúde, instituição de colegiados de gestão regional, e ainda propunha radicalizar a “descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos” (Brasil, 2006a, p.3).

Prevvia ainda a extinção de responsabilidades dos entes federados previstas na NOB/96 e na NOAS/2002, assim que esses federados aderissem ao chamado Termo de Compromisso de Gestão, que passou a substituir o processo de habilitação constante naquelas normas.

No campo do financiamento reforçou o financiamento tripartite, priorizando o repasse fundo a fundo, e “inovou” definindo como diretriz a criação de cinco blocos de financiamento, que mais tarde seriam seis com a publicação de mais uma portaria, criando o bloco de investimentos.

Com o objetivo de consolidação do SUS, vários outros documentos normativos foram editados após o Pacto pela Saúde. Entre eles, destacam-se:

Resultados e Discussão

1. Portaria GM/MS nº 3.332 – regulamentou o sistema de planejamento do SUS apontando para a necessidade de definição dos recursos para responder aos planos estaduais e municipais de saúde (Brasil, 2006b);
2. Portaria GM/MS nº 204 – regulamentou o financiamento do SUS e definiu, entre outras coisas, os blocos de financiamento, os seus componentes e suas ações, e definiu a impossibilidade de utilização de recursos para financiamento de algumas despesas (Brasil, 2007);
3. Decreto nº 7.508 – regulamentou a lei Orgânica da Saúde, Lei nº. 8.080, e dispôs sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (Brasil, 2011);
4. Lei Complementar nº 141 – definiu, entre outras coisas, quais são as ações e serviços de saúde passíveis de financiamento com recursos do SUS, os percentuais que os entes federados devem aplicar na saúde, o planejamento ascendente, o rateio equitativo dos repasses e a participação dos conselhos de saúde na definição das metas e prioridades (Brasil, 2012).

O objetivo principal dessa nova institucionalidade na saúde, que permanece em vigência **até este momento** (grifo porque um sistema em constante aprimoramento, como é o caso do SUS, discussões cotidianas, envolvendo os atores responsáveis pelas definições políticas do sistema, produzem alterações em sua estrutura também cotidianamente) foi buscar a articulação entre políticas, programas e recursos financeiros.

O sistema de saúde brasileiro vem se construindo por acumulação. Importantes avanços foram verificados nesse período de institucionalidade do SUS pós-Constituição Federal de 1988, e entre eles destacamos a grande inclusão social promovida pelo sistema de saúde brasileiro, mais acentuadamente a partir dos anos 1990 (Santos, 2010). Esse avanço só foi possível a partir do esforço dos atores envolvidos na construção da institucionalidade discutida acima, e naqueles envolvidos diretamente na execução da política de saúde delineada nesse período. Os mais recentes avanços, do ponto de vista da construção da institucionalidade, se deram pela conquista de importantes referências legais

Resultados e Discussão

como o Decreto 7.508 e a Lei Complementar nº. 141, citados acima, que nesse momento estão em processo de discussão e implementação pactuada. Situação até agora não avaliada.

Os dispositivos introduzidos nesse recente marco regulatório; por meio do fortalecimento dos conselhos de saúde, da definição (agora legal) das ações e serviços públicos de saúde e seu financiamento, da construção de redes de atenção, o ajuste contratual entre entes federados, entre outros, avança no sentido da implantação da mais cara diretriz do SUS, que é a regionalização, sem a qual não se pode falar em sistema de saúde, segundo conceito de sistema definido por Campos (2006), anteriormente apresentado.

A regulamentação para a institucionalidade do SUS que tratamos nesse capítulo se deu, ao longo desses vinte e cinco anos, principalmente por meio de portarias do Ministério da Saúde, que em números aproximados chegam a 30.000. Se não bastasse os questionamentos de natureza legal, haja vista que “portarias, instruções, normas e circulares não podem inovar, em desobediência à lei maior” (Carvalho 2002, p. 255), essa estratégia oferece um grande risco e ocorre com frequência, de cooptação de qualquer ator envolvido com o SUS para produção de macrodistorção. Podemos entender como macrodistorção toda e qualquer ação, impulsionada deliberadamente ou não, que leva ao desvio dos rumos do SUS instituinte, não permitindo o seu avanço ou facilitando a sua desconstrução cotidiana, e por vezes silenciosa. Esse processo, em parte pode ser atribuído à dificuldade de qualquer ator/gestor se apropriar de um conteúdo regulatório dessa dimensão.

Um exemplo de macrodistorção dentro do tema financiamento, discutido por Carvalho (2013), pode ser visto na operação de duas das quase 30.000 portarias, a Portaria 204/2007 e a 837/2009, que definiram os seis blocos de financiamento do SUS, que a princípio tinham como objetivo a articulação de políticas e recursos por meio da redução significativa do número de “caixinhas” para o controle de recursos, com algo em torno de 130 “caixinhas” antes dessas portarias, e

Resultados e Discussão

atualmente se tem algo em torno de 230 “caixinhas” para o repasse de recursos nos seis blocos de financiamento, isto é, por dentro dos seis blocos.

Em 2006, em mais uma das tacadas ilegais e inconstitucionais, foram editadas pelo Ministério da Saúde várias portarias instituindo um “modus gerencial” denominado Pacto Pela Saúde.... infringiam mais ainda o bloco de constitucionalidade. Como se tornasse alguma coisa melhor o fato, puro e simples, de ferir a lei de forma mais ou menos intensa!!!... Refutavam-se as caixinhas da época do Serra. Chegavam à época a 130. Os blocos da PT 204 sepultariam as caixinhas! Falácia pois, hoje, com a PT 204, são 230 caixinhas, dentro dos blocos (Carvalho, 2013).

Macrodistorções internas, como a citada acima, e aliadas às dificuldades de gestão e de financiamento, mesmo com a intenção de garantir o sistema constitucionalizado – universal, integral e de qualidade – se acumulam, geram tensões, confundem e desviam as estratégias de construção do SUS, trazendo sérias consequências para a gestão e para os gestores. O pujante e acelerado processo de descentralização que se observou no Brasil nos anos pós-CF, e que já vinha se observando no período imediatamente anterior, delegou aos gestores, principalmente aos municipais a tarefa de prestar assistência à saúde. Tarefa nada fácil de desempenhar dado as dificuldades impostas pelo arcabouço instituído na política de saúde, como vimos anteriormente, agravada pela pressão de demanda por serviços assistenciais de toda ordem, complexidade, urgência, e pela falta de recursos financeiros. Gestores pressionados, desgastados, sem apoio, e com um curto tempo político para viabilizar a sua gestão, são compelidos a buscar estratégias imediatas para solução dos problemas que “batem à sua porta” no seu dia a dia. Estão dadas as condições para a alavancagem das macrodistorções. Elas ocorrem e influenciam a gestão e os rumos da consolidação do modelo de atenção do SUS, desviando e anulando ganhos conquistados, quando não provocam sérios retrocessos.

O peso do anti-SUS dentro do SUS, para não falar no de fora, ainda não está sob controle (Brasil, 2003).

Resultados e Discussão

Enquanto foi se instituindo o SUS por dentro, com grande esforço, avanços e retrocessos, o setor privado foi se articulando e se consolidando no espaço que lhe foi garantido, ou não, constitucionalmente. A participação complementar do setor privado no SUS, e a livre atuação do setor privada no setor saúde de forma suplementar, garantida constitucionalmente, não significou a hegemonia do setor público, uma vez que o setor privado historicamente sempre foi majoritário na prestação de serviços assistenciais. Posição garantida e reforçada pelo modelo de desenvolvimento capitalista no Brasil, que atribuiu ao Estado o papel de agente promotor do desenvolvimento em todos os setores de atividade econômica, inclusive no setor saúde.

Quando se constitucionaliza o SUS, o setor privado já está consolidado e em condições de partir para o embate para garantir o seu mercado e na tensão buscar cada vez mais ampliar a sua fatia nesse mercado, o que é da própria natureza do capitalismo. O setor privado que antes não sofria ameaças de perder mercado e não estava sob a égide do controle, estava livre e era fornecedor majoritário de serviços assistenciais tanto para o Estado quanto para o comprador direto, agora se vê na possibilidade de ser controlado e de perder mercado para o SUS.

O embate sobre a relação do público e do privado na saúde começa já na discussão do conceito de setor privado e a sua denominação que seria introduzida na constituição federal. A natureza complementar e suplementar admitida no texto constitucional, e não foi por acaso, teria implicações futuras para o desenvolvimento da relação do setor público com o privado na saúde, uma vez que o setor privado tem dupla militância, quando contrata com o SUS é complementar e quando atua isoladamente é suplementar. O conceito desenvolvido no âmbito da Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico – OCDE define como de natureza complementar os serviços não cobertos ou cobertos parcialmente pelo sistema público, no caso do Brasil o SUS, e suplementar os serviços já cobertos pelo sistema público, o que caracteriza uma

Resultados e Discussão

cobertura duplicada de serviços de saúde, não excluindo a oferta de serviços diferenciados. A natureza complementar e complementar desse sistema, além de trazer problemas de diferenciação no acesso e de aumento dos gastos por serem sistemas concorrentes, possibilita a realização de subsídios por parte do Estado por meio da renúncia fiscal (Santos, Ugá e Porto, 2008).

A renúncia fiscal se dá por desonerações às entidades do setor saúde, deduções de despesas com saúde na arrecadação tributária de pessoas físicas e jurídicas, e pela utilização do sistema público pelo setor privado (Santos, Ugá e Porto, 2008).

A dimensão dessa renúncia pode ser vista pelos dados do setor de planos de saúde apresentados por Ocké-Reis (2013). O setor que já vinha crescendo desde a década de 1980 apresentou mais recentemente taxas importantes de crescimento no número de associados, em 2003, contava com cerca de 36 milhões de associados e com 64 milhões, em 2011 (crescimento de 78%). A renúncia fiscal do setor saúde em 2011 representou 10% do total de renúncia de todos os setores neste período no Brasil, o que representou, naquele ano, algo em torno de 22% dos gastos federais com saúde.

Dessa forma, importante parcela de recursos que poderiam compor o financiamento do SUS ao serem renunciados não compõe, e não se encontra no âmbito do governo central uma justificativa plena para a renúncia fiscal do setor saúde. A natureza complementar e suplementar do setor privado definida na constituição pode nos dar pelo menos duas razões que justifiquem a renúncia: permitir a atuação de forma concorrencial com o sistema público e patrocinar a expansão do setor privado (Ocké-Reis, 2013). Razões claramente inseridas no contexto estratégico da agenda neoliberal, dado a importância do setor saúde na atividade econômica, como vimos anteriormente.

A estratégia deliberada de permitir a concorrência e a expansão do setor privado na saúde aprofunda as iniquidades de acesso no sistema saúde, na medida em que a assistência à saúde de parcela importante da classe média e de

Resultados e Discussão

trabalhadores de setores importantes da atividade econômica foi direcionada, pela atuação do Estado, para o setor privado.

Dessa forma, a questão da relação entre o público e o privado na saúde, para além da questão da renúncia fiscal e do financiamento do sistema, é crucial para a definição do futuro do SUS.

Apesar dos grandes avanços citados, um dos problemas centrais do SUS está localizado na dificuldade de garantia de um financiamento que esteie um sistema nacional de saúde, universal e integral, como pretende o SUS constitucionalizado. As razões das dificuldades estão localizadas no neoliberalismo, discutido no capítulo 1, e seus desdobramentos, assunto tratado no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 4. A HEGEMONIA FINANCEIRA NA POLÍTICA ECONÔMICA BRASILEIRA: A FINANCEIRIZAÇÃO SEMINAL DO ORÇAMENTO PÚBLICO E OS GASTOS COM SAÚDE.

“Se os homens pudessem aprender da História, que lições ela nos poderia ensinar!”, lamentou Samuel Coleridge. “Mas a paixão cega nossos olhos, e a luz que a experiência nos dá é a de uma lanterna na popa, que ilumina apenas, as ondas que deixamos para trás”. É bela a imagem, mas enganosa a sua mensagem – pois a luz nas ondas que já ultrapassamos poderia nos tornar aptos a inferir a natureza das ondas à frente (Barbara W. Tuchman, 1989, p. 389).

4.1. O projeto vencedor e a hegemonia financeira

Ao analisar a situação de dependência econômica brasileira, a economia internacional, a partir da década de 1990 e que perdura até os dias de hoje, devemos necessariamente nos remeter ao arcabouço teórico trazido para o interior do governo já no primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso.

O projeto político vencedor que conquistou dois mandatos (oito anos) trouxe consigo a tese do que se convencionou chamar de desenvolvimento dependente-associado¹⁹, e que orientou a política econômica dos seus mandatos. Essa tese se estabeleceu na crítica, no contraponto e na negação das ideias do desenvolvimento conduzido pelo Estado e nas críticas à limitação das teorias do imperialismo. A conjuntura histórica daquele momento, o esgotamento do modelo de substituição de importações e a derrocada do socialismo, serviram como avalizadores para essa tese (Teixeira e Pinto, 2012).

Na visão do projeto vencedor, não há oposição entre dependência e desenvolvimento. Na busca pelo desenvolvimento, o Estado ineficiente e

¹⁹ Neste conceito, trazido por Cardoso e Faletto 1975, apud Teixeira e Pinto, 2012, não há oposição entre dependência e desenvolvimento, sendo possível o desenvolvimento nos marcos do capitalismo, por meio da abertura econômica e do livre mercado, sem romper os laços de dependência com os Estados e as economias mais avançadas.

Resultados e Discussão

corporativo foi eleito como empecilho à abertura da economia e ao cerceamento à abertura do mercado à iniciativa privada e ao capital estrangeiro. Segundo Cardoso (2011):

Havia na Constituição, é certo, entraves que prendiam o desenvolvimento econômico a monopólios e ingerências estatais. Sucessivas emendas constitucionais foram aliviando essas amarras, sem enfraquecer a ação estatal, mas abrindo espaço à competição, à regulação e à diversificação do mundo empresarial. O segundo grande passo foi a modernização do país dado pela abertura da economia no início dos anos 1990... Por trás desse novo Brasil está o espírito de empresa. A aceitação do risco, da competitividade, do mérito, da avaliação de resultados (p. 48 e 50).

Segundo Teixeira e Pinto (2012), a concepção teórica de FHC, para a década de 1990, estava baseada na interpretação do que ocorrera nas décadas de 1960 e 1970, investimentos diretos em plantas fabris. No entanto, o mundo havia mudado e o interesse do capital internacional agora era a acumulação pela rentabilidade do capital aplicado no mercado financeiro, e não no capital produtivo. O estoque de ativos financeiros que, em 1980, representava 1,02 vezes a produção mundial, em 1996, passou a representar 2,28 vezes e, em 2010, já representava 3,74 vezes a produção mundial (Mendes, 2012). Enquanto no período de 1980 a 2006, o PIB mundial cresceu 314%, a riqueza financeira mundial, no mesmo período, cresceu 1.292% (Paulani, 2009).

Essa mudança da acumulação capitalista fortemente marcada a partir da década de 1980, foi assim descrita por Chesnais (2002):

A partir de meados dos anos 1980, o capital de aplicação financeira conquistou posições, o que lhe permitiu exercer um peso significativo sobre o nível e a orientação do investimento, bem como na configuração da distribuição da renda. Isso incentivou alguns pesquisadores a levarem adiante a hipótese segundo a qual o regime de acumulação potencialmente “sucessor” do regime “fordista” consistiria num regime organizado a partir de relações originadas menos na esfera produtiva do que na esfera financeira. Tratar-se-ia de um “regime de acumulação com dominância financeira” ou, ainda, de um “regime de acumulação financeirizado” (p. 2).

Resultados e Discussão

O que é novo no capitalismo é o protagonismo que o rentismo²⁰ assumiu, e o seu alojamento no seio da própria produção. A patologia congênita do capitalismo assentada na contradição entre capital e trabalho combina-se agora com as contradições que se originam da centralidade da finança: de um lado, a acumulação é lenta e, de outro, a finança é insaciável no nível de suas punções (Chesnais, 2005, apud Paulani, 2009).

Dessa forma a partir da incontestável hegemonia neoliberal nos últimos 30 anos, conforme discussões no capítulo 1, com a aplicação do seu receituário, observa-se uma acumulação financeira de grandes proporções, tendo a dívida pública um papel importante.

A dívida pública teve um papel fundamental nesse processo de acumulação. Embora a explosão do endividamento, após 1979, tenha subordinado os países periféricos a uma “ditadura dos rentistas”, impondo políticas nefastas, verdadeiras formas de expropriação de suas riquezas e de seus futuros (Vaz, 2009, p.119).

A inserção do Brasil na via da financeirização se deu no governo FHC de forma subordinada à economia mundial criando uma nova forma de relação de dependência. Nesse período os interesses internos e externos do sistema financeiro internacional se interconectaram e surgiu uma nova fração hegemônica no interior do bloco no poder²¹: o sistema bancário-financeiro. Esse setor passou a liderar os interesses econômicos, políticos e ideológicos das demais frações e classes do bloco no poder. Essa hegemonia alcançou o conjunto da sociedade e se tornou orgânica (Polantzas, 1977, apud Teixeira e Pinto, 2012).

A política conduzida nos governos FHC, que teve como pilares básicos a desregulamentação bancária e financeira; a liberalização comercial, com ampla abertura da economia do País aos produtos e bens do exterior; a estabilização dos preços, a redução da participação do Estado na economia, controle fiscal, metas de inflação e câmbio flutuante (Mattei e Magalhães, 2011) não produziram os

²⁰ Conceito empregado aqui para designar a obtenção de renda de aplicação do seu capital no mercado financeiro.

²¹ Para aprofundamento do conceito de bloco no poder, ver Teixeira e Pinto, 2012.

Resultados e Discussão

efeitos desejados, o desenvolvimento e a estabilidade econômica, em função da vulnerabilidade externa, e trouxeram consigo a política de juros elevados, como forma de segurar o capital financeiro extremamente volátil, remunerando os rentistas com taxas espetaculares. O aumento acentuado da dívida pública nesse período foi uma consequência imediata. O corte nos gastos públicos afetando os investimentos e principalmente as políticas sociais, e a ortodoxia da política fiscal foram medidas definidas e com metas claramente estabelecidas, acordadas e seguidas à risca.

Uma das principais consequências dessa política macroeconômica adotada durante todo governo FHC é que o Estado brasileiro passou a ficar refém do capital especulativo nacional e internacional, o qual se alimentava com as elevadas taxas de juros (as maiores do mundo) praticadas pelo país. Com isso, essa opção política acabou gerando as condições necessárias para que ocorresse uma hegemonia do capital financeiro sobre a economia brasileira (Mattei e Magalhães, 2011, p.137).

Estavam dadas as bases para o casamento na década de 1990 entre as ideias neoliberais e os anseios do setor bancário-financeiro, novo setor hegemônico na economia brasileira.

No governo Lula, a política econômica não sofreu alterações na sua base, tendo como tripé o controle da inflação, do câmbio e a utilização da política fiscal como central para dar credibilidade à política econômica, por meio do efeito-demonstração da falta de risco, produzindo expressivos superávits primários. O próprio presidente Lula, na época ainda presidente eleito, em discurso no Clube de Imprensa em Washington, fez questão de firmar as intenções da sua política:

...meu governo vai se pautar pela responsabilidade fiscal, pelo combate à inflação e pelo respeito aos contratos e acordos... precisamos de uma atitude construtiva por parte da chamada comunidade financeira internacional... estejam certos de que todas as instituições e empresas responsáveis encontrarão no Brasil um ambiente seguro e estável para investir. Era tudo o que o sistema financeiro internacional queria ouvir! (Mattei e Magalhães, 2011, p.135).

Resultados e Discussão

Os aspectos semelhantes da política econômica no governo Lula em relação ao seu antecessor podem ser visto em Gambirasi, (2006):

Além de ter indicado o ministro Antonio Palocci Filho — visto pela maioria dos analistas como um adepto da continuação da política de fortes superávits primários — para a pasta da Fazenda e o ex-presidente mundial do Bank Boston, Henrique Meirelles, para a Presidência do Bacen, o novo governo tomou rapidamente cinco medidas cruciais para a superação da situação de emergência existente no começo de 2003, caracterizada pela vigência de inflação elevada, forte pressão do câmbio e risco país altíssimo:

- anunciou as metas de inflação revistas (IPCA) de 8,5% para 2003 e 5,5% para 2004, representando forte redução em relação aos 12,5% de 2002;
- aumentou para 26,5% a taxa de juros nominal Selic, para conseguir debelar a ameaça inflacionária;
- elevou de 3,75% para 4,25% do PIB a meta de superávit primário do setor público em 2003;
- comprometeu-se, na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) encaminhada ao Congresso em abril, a conservar a mesma meta de 4,25% do PIB de superávit primário durante todo o período de governo; e
- submeteu à apreciação do Congresso duas Propostas de Emenda Constitucional (PEC) posteriormente aprovadas, referentes à previdência social e ao sistema tributário.

Essas reformas estruturais, expostas com maiores detalhes em documento oficial da Secretaria de Política Econômica [SPE (2003)], podem ser resumidas nos seguintes pontos:

- no caso da reforma previdenciária, aprovou-se a taxação dos inativos; adotou-se a idade mínima para a aposentadoria de 55 anos para as mulheres e 60 para os homens para todos os trabalhadores da administração pública na ativa — prevista na Emenda Constitucional de 1998 apenas para os novos entrantes; e aumentou-se o teto de benefícios do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS);
- no caso da reforma tributária, renovou-se a Desvinculação de Recursos da União (DRU), permitindo ao governo certa margem de manobra para não ser tão limitado pelo peso das vinculações; prorrogou-se a

Resultados e Discussão

Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) de 0,38% sobre as transações financeiras até 2007; e, posteriormente, implementou-se a mudança na modalidade de cobrança da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) para substituir a taxaço sobre o faturamento pela tributação do valor adicionado, o que na prática veio a se revelar um poderoso instrumento de aumento da arrecadação a partir da vigência da mesma, em 2004 (p.3).

O ex-presidente Fernando Henrique Cardoso avaliando a política econômica adotada no governo do presidente Luis Inácio Lula da Silva assinala:

No Brasil tivemos muita sorte porque o Lula, que poderia ter encarnado algo *a la* Chávez, não foi por esse caminho. Ou melhor, a sociedade impediu ou dificultou que ele fosse por esse caminho. Não foi possível, mas o risco continua a existir (Cardoso, 2011, p.140).

Apesar da melhora no desempenho econômico, crescimento, redução de desemprego, aumento no consumo das famílias, transferência de renda, e aumento do salário mínimo, a presença (in) visível do fantasma da crise econômica permitiu à fração bancário-financeira do bloco no poder sua manutenção e consolidação enquanto setor hegemônico no governo Lula (Teixeira e Pinto, 2012).

O desempenho da economia brasileira e internacional entre 1995 e 2007 definiu uma mudança na participação relativa de alguns setores de atividade econômica nos lucros totais por setor. O setor exportador de *commodities* depois de enfrentar problemas na década de 1990 se recupera na década de 2000 e suplanta o setor bancário-financeiro. Nessa conjuntura assume o governo a presidente Dilma Roussef, que apesar de manter a política econômica dos governos FHC e Lula, chega ao governo com certo vácuo de hegemonia de bloco no poder. É nesse quadro, segundo Teixeira e Pinto (2012), que o Brasil tem a possibilidade de avançar.

4.2. A centralidade da política fiscal na economia brasileira a partir do governo FHC: a financeirização do orçamento público.

A importância e o alcance atual da política fiscal têm suas origens na transformação do Estado promovida pela revolução teórica keynesiana. O Estado, antes organizado e funcionante segundo os ditames do liberalismo e da escola neoclássica, portanto um Estado *ex-post*, se transforma num Estado *ex-ante*, se antecipa ao que gasta, que é mais do que arrecada (Oliveira, 1993).

Essa seção apresenta alguns indicadores de política fiscal com o objetivo de analisar o comportamento dessa política que guarda relação direta e define o comportamento dos gastos com saúde. A observação e análise do comportamento por período nos permite estabelecer um comparativo entre as gestões do presidente FHC e Lula e verificar a tendência futura a partir da apresentação e discussão dos dados dos dois anos seguintes de execução fiscal já encerrada.

Na primeira gestão do presidente FHC, 1995 a 1998, verifica-se um forte aumento do estoque da dívida interna e do pagamento dos juros dessa dívida, não acompanhado pelo esforço fiscal em gerar superávit primário para fazer frente ao pagamento da dívida. A política empreendida nesse período foi centrada no aumento da despesa, principalmente a despesa financeira, sem a cobertura de recursos. Essa política causou desequilíbrio e déficit fiscal, que se tornou insustentável com a crise econômica que se abateu sobre a economia brasileira em 1998, obrigando o país, no ano da campanha da reeleição do presidente FHC, a assinar um acordo com o FMI.

Resultados e Discussão

Os termos do acordo podem ser observados em um dos objetivos da política fiscal, redução da dívida/PIB, descrito no item 8 do Memorando de Política Econômica, anexo a carta de 13/8/1998, onde o Brasil solicita empréstimo ao FMI.

8. A desvalorização do real teve forte impacto sobre a economia e impulsionou a dívida pública, tendo um aumento de cerca de 11 pontos percentuais do PIB, indo para mais de 53% do PIB. O governo pretende reduzir progressivamente a proporção da dívida pública em relação ao PIB para cerca de 50% até o final de 1999, e abaixar o valor inicialmente previsto no programa novembro 1998 para o final de 2001 (46,5%), por meio de crescimento maior do que o inicialmente previsto dos superávits primários do setor público consolidado nos próximos três anos. A busca deste objetivo deve também ser ajudada pela queda das taxas de juros reais, esperados como resultado do ajuste fiscal reforçado, e a mudança do regime cambial para flutuante. Projeções da evolução da dívida em relação ao PIB, taxas de juros reais, e taxa de câmbio real sugerem que superávits primários de 3% ao ano durante o período 1999-2001 seria suficiente para esta finalidade. No entanto, para construir uma margem de segurança no caso de um ambiente menos favorável do que o projetado, o governo pretende aumentar o superávit primário a pelo menos 3,1% do PIB em 1999, 3,25% do PIB em 2000, e 3,35%. Estas metas serão revistas para cima (o equivalente a até 0,15% ao ano) para refletir a receita adicional (líquida de transferências constitucionais) que seria obtido pelo governo federal, no caso de decisões favoráveis do Supremo Tribunal de Justiça em casos pendentes para remover certas isenções do imposto de renda sobre ganhos de capital e do COFINS (FMI, 1999)²².

Na tentativa de solucionar a crise, em outubro de 1998, é anunciado pelo governo federal o Programa de Estabilidade Fiscal, cujo objetivo é gerar superávits primários, baseado em aumento da receita e controle das despesas. Esse programa é compromissado com o Fundo Monetário Internacional – FMI no acordo assinado em 1998 (Oliveira & Turolla, 2003).

²² Tradução livre a partir do original em inglês.

Resultados e Discussão

Observa-se ainda no item 9 do referido Memorando encaminhado ao FMI, o claro compromisso do governo FHC em fazer expressivos e contínuos superávits primários.

9. O governo federal terá de fazer uma grande contribuição para o ajuste fiscal alvo. Assim, o superávit primário deverá aumentar de 0,6% do PIB em 1998, para pelo menos 2,3% do PIB em 1999 (em comparação com o programa original de 1,8% do PIB). Para alcançar este objetivo, o governo vai manter os gastos nominais com bens e serviços abaixo do resultado de 1998. Na definição das prioridades orçamentárias, o governo pretende salvaguardar os possíveis programas de extensão máxima direcionados para os pobres, e tem procurado o apoio financeiro do Banco Mundial e do BID relacionado com programas de seguridade social (FMI, 1999)²³.

Verifica-se já no ano seguinte ao anúncio do Programa, 1999, um aumento de 303,3% no superávit primário do governo federal. Gambiagi (2006) tratando desse assunto destaca a importância do forte ajuste fiscal e seus reflexos imediatos nas contas públicas:

O Brasil apresentou claramente dois pontos de inflexão na evolução da política fiscal ao longo dos últimos dez anos. O primeiro deles ocorreu em 1999, quando foi feito um ajustamento fiscal primário que caracteriza um desses momentos que permitem dividir a política econômica de um país em um “antes” e um “depois” de um determinado evento (p.1).

As medidas de política fiscal, acordadas com o FMI, tiveram como foco o estabelecimento de metas e realização de superávit primário. A política econômica, principalmente a partir de 1999, perseguiu o aumento das receitas e a redução dos gastos públicos.

No que se refere às receitas, o marco legal da tributação no Brasil está dado na Constituição Federal de 1988 na qual se definiram as competências de cada ente federado em atribuir tributos e a sua partilha. Nesse sentido, qualquer aumento de receita só pode vir pela via da reforma tributária proposta por Emenda

²³ Tradução livre a partir do original em inglês.

Resultados e Discussão

Constitucional, ou pela criação de impostos, contribuições ou do aumento de alíquota de tributos já definidos na CF, pela via de Lei Complementar. Desde 1995 várias tentativas de se estabelecer uma reforma tributária que contemplasse a equidade na arrecadação foram propostas sem sucesso. “*La equidad fue, durante los 90, un objetivo buscado, pero se fue desdibujando*” (Afonso, 2013, p.74).

Essas dificuldades de alteração do marco tributário, pela via da reforma, podem ser atribuídas a vários fatores. Um dos fatores principais está localizado nos obstáculos impostos pelos grupos que representam o bloco no poder que possuem interesses e forte capacidade de influir na tomada de decisão de política pública. Segundo Cabello e Díaz (2013):

Existencia de grupos de interés con fuerte capacidad de influir en La toma de decisiones de política pública. La existencia de grupos de interés con poder para influir en la toma de decisiones en materia fiscal puede resultar en que exista una baja carga tributaria o que recaiga un mayor peso en los impuestos indirectos que en los impuestos a la renta. Estos grupos de interés pueden actuar tanto a nivel de determinar la agenda legislativa y su contenido, como también a nivel de bloquear la implementación de reformas ya aprobadas, o incluso lograr su reversión (p. 26).

A solução adotada já no primeiro mandato do presidente FHC foi propor e **fazer aprovar**, dado a sua capacidade de convencimento conforme discutido no capítulo 2, propostas focalizadas, com o objetivo de atender a um programa ou política específica. Um exemplo no campo da saúde foi a aprovação da CPMF em 1996. A consequência direta foi o aumento da carga tributária nos anos que se seguiram.

Analisando o ano de 2012 em relação a 1995, observa-se um crescimento real da arrecadação situado em 199%, Tabela 8. A arrecadação municipal cresceu nesse período 279%, a estadual 163% e a federal 208%. O crescimento da carga tributária municipal se explica principalmente pela elevação do tributo Imposto Sobre Serviço - ISS (em 1995 representava em 0,47% do total arrecadado pelos municípios em relação ao PIB, representando 37% do total arrecadado pelos

Resultados e Discussão

municípios; em 2012, saltou para 1,01% do PIB, representando 49% do total arrecadado pelos municípios).

A elevação da arrecadação federal pode ser explicada, em parte, pelo aumento da arrecadação para a Seguridade Social que aumentou a sua participação relativa na arrecadação federal (em 1995 estava em 9,86% do PIB, representando 51% do total arrecadado pela União, em 2012, foi para 13% do PIB, representando 54% do total arrecadado pela União). Para esse aumento se destaca a rubrica COFINS, que teve a sua alíquota majorada partir de 1999 de 2% para 3% do faturamento das empresas, incluído em seu campo de incidência as empresas financeiras, e alterado a sua modalidade de cobrança (inclusão das importações na base tributável com o objetivo de proporcionar isonomia entre o produto nacional e o importado) com reflexos na arrecadação a partir de 2004. A CPMF, criada pela Lei nº 9.311 de 24 de outubro de 1996, teve o seu período arrecadatório de 23/1/1997 a 31/12/2007 e contribuiu para o aumento da carga tributária, dentro do grupo de Receitas de Contribuições para a Seguridade Social.

No governo do presidente Lula a arrecadação tributária cresceu 66% em relação ao governo do presidente FHC e se mantém a tendência de crescimento na gestão Dilma Rousseff, a considerar pela execução da carga tributária nos dois primeiros anos da sua gestão.

Resultados e Discussão

Tabela 8: Participação dos entes federados na Arrecadação Tributária – Valores

Milhões R\$ a.p. 2012					
Anos/Períodos Médias anuais	Arrecadação			Total	PIB
	União	Estados	Municípios		
1995	367.925,08	150.774,02	24.055,53	542.754,62	2 042 664,45
1996	414.470,29	159.711,64	25.206,36	599.388,29	2 229 901,79
1997	440.120,00	163.726,05	26.238,45	630.084,50	2 358 286,86
1998	495.191,32	175.382,02	28.389,65	698.962,99	2 419 143,83
1999	494.386,83	177.294,20	27.568,13	699.249,16	2 415 006,87
2000	540.354,82	201.609,27	34.655,07	776.619,16	2 523 929,08
2001	575.182,94	214.773,25	36.373,88	826.330,08	2 587 899,83
2002	605.915,23	218.440,32	35.753,55	860.109,10	2 610 026,55
2003	621.210,96	229.910,44	38.415,36	889.536,77	2 746 871,05
2004	676.662,19	248.271,16	40.225,20	965.158,55	2 915 595,77
2005	749.266,06	266.668,87	42.474,38	1.058.409,31	3 050 971,04
2006	804.610,44	288.503,29	46.792,61	1.139.906,33	3 264 200,09
2007	868.947,57	301.567,34	54.330,80	1.224.845,71	3 509 826,32
2008	939.882,82	332.164,61	59.191,67	1.331.239,10	3 776 047,89
2009	925.708,19	322.391,28	57.729,37	1.305.828,84	3 867 319,58
2010	1.017.393,21	362.693,13	78.510,20	1.458.596,54	4 249 747,30
2011	1.089.742,40	378.385,10	85.449,47	1.553.576,97	4 384 964,96
2012	1.134.717,30	396.236,29	91.130,30	1.622.083,89	4 402 537,00
Média anual FHC	491.693,31	182.713,85	29.780,08	704.187,24	2.398.357,41
Média 1995-1998	429.426,67	162.398,43	25.972,50	617.797,60	2.262.499,23
Média 1999-2002	553.959,96	203.029,26	33.587,66	790.576,87	2.534.215,58
Média anual Lula	825.460,18	294.021,27	52.208,70	1.171.690,14	3.422.572,38
Média 2003-2006	712.937,41	258.338,44	41.976,89	1.013.252,74	2.994.409,49
Média 2007-2010	937.982,95	329.704,09	62.440,51	1.330.127,55	3.850.735,27
Média anual 2011-2012	1.112.229,85	387.310,70	88.289,88	1.587.830,43	4.393.750,98
Média anual 1995-2012	708.982,65	254.916,79	46.249,44	1.010.148,88	3.075.274,46
Crescimento 2012/1995	208,4%	162,8%	278,8%	198,9%	115,5%
Crescimento Lula/FHC	67,9%	60,9%	75,3%	66,4%	42,7%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Secretaria da Receita Federal contidos nos documentos de 1995 a 2012 intitulado: Carga Tributária no Brasil, e no Relatório e Pareceres Prévios do TCU sobre as Contas do Governo da República.

Resultados e Discussão

A Carga Tributária no Brasil situou-se, na média do período de 1995 a 2012, em torno de 32,85% do PIB, Tabela 9. Em países selecionados, que possuem sistema nacional de saúde como o Brasil, a carga tributária para o ano de 2010 situou-se na Espanha em 31,7%, 31,3% em Portugal, e 31,0% no Canadá. No comparativo da carga tributária entre países deve-se levar em conta as diferenças entre o tamanho das economias, a organização política de cada país, entre outros fatores.

A participação relativa da União na Carga Tributária, no período de 1995 a 2012, se situou em torno de 70,2%, o que corresponde a (23,1 % do PIB), a participação dos Estados foi de 25,2% (8,3% do PIB) e a participação dos Municípios foi de 4,6% (1,5% do PIB). Os dados se referem à arrecadação total de cada ente federado, antes das transferências constitucionais.

Nesse período observou-se uma participação relativa da União na carga tributária quase que constante, enquanto os Estados apresentaram queda na sua participação relativa e os municípios um aumento.

A carga tributária favorece a concentração de receitas no nível federal, quando o marco legal impõe ao nível local e regional a execução de ações e serviços de saúde. Enquanto ocorre um crescimento importante dos gastos municipais com saúde, discutido na seção seguinte, há um aumento, mas não equivalente, na participação municipal na carga tributária.

Resultados e Discussão

Tabela 9: Participação dos entes federados na arrecadação e na Carga Tributária – Percentual

Anos/Períodos Médias anuais	Participação relativa e Carga Tributária (%)						% PIB Total
	União		Estados		Municípios		
	Part. %	% PIB	Part. %	% PIB	Part. %	% PIB	
1995	67,79	18,01	27,78	7,38	4,43	1,18	26,57
1996	69,15	18,59	26,65	7,16	4,21	1,13	26,88
1997	69,85	18,66	25,98	6,94	4,16	1,11	26,72
1998	70,85	20,47	25,09	7,25	4,06	1,17	28,89
1999	70,70	20,47	25,35	7,34	3,94	1,14	28,95
2000	69,58	21,41	25,96	7,99	4,46	1,37	30,77
2001	69,61	22,23	25,99	8,30	4,40	1,41	31,93
2002	70,45	23,21	25,40	8,37	4,16	1,37	32,95
2003	69,84	22,62	25,85	8,37	4,32	1,40	32,38
2004	70,11	23,21	25,72	8,52	4,17	1,38	33,10
2005	70,79	24,56	25,20	8,74	4,01	1,39	34,69
2006	70,59	24,65	25,31	8,84	4,10	1,43	34,92
2007	70,94	24,76	24,62	8,59	4,44	1,55	34,90
2008	70,60	24,89	24,95	8,80	4,45	1,57	35,25
2009	70,89	23,94	24,69	8,34	4,42	1,49	33,77
2010	69,75	23,94	24,87	8,53	5,38	1,85	34,32
2011	70,14	24,85	24,36	8,63	5,50	1,95	35,43
2012	69,95	25,77	24,43	9,00	5,62	2,07	36,84
Média anual FHC	69,82	20,50	25,95	7,62	4,23	1,24	29,36
Média 1995-1998	69,51	18,98	26,29	7,18	4,20	1,15	27,31
Média 1999-2002	70,07	21,86	25,68	8,01	4,25	1,33	31,20
Média anual Lula	70,45	24,12	25,09	8,59	4,46	1,53	34,23
Média 2003-2006	70,36	23,81	25,50	8,63	4,14	1,40	33,84
Média 2007-2010	70,52	24,36	24,79	8,56	4,69	1,62	34,54
Média anual 2011-2012	70,05	25,31	24,39	8,82	5,56	2,01	36,14
Média anual 1995-2012	70,19	23,05	25,24	8,29	4,58	1,50	32,85

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Secretaria da Receita Federal contidos nos documentos de 1995 a 2012 intitulado: Carga Tributária no Brasil, e no Relatório e Pareceres Prévios do TCU sobre as Contas do Governo da República.

Se a receita do governo federal cresceu 208,4% no período de 1995 a 2012, do lado da despesa, houve um aumento também significativo, mas não na mesma proporção, o Orçamento Geral da União – OGU cresceu 151,4%. Dessa forma a condução intransigente da política fiscal, no período estudado, estabelecendo um superávit primário contínuo e consistente, permitiu aos governos honrar com o compromisso de pagamento dos juros da dívida interna, Tabela 10.

Resultados e Discussão

Tabela 10: Evolução de indicadores de política econômica - PIB, Orçamento União, Superávit Primário e Dívida Interna - 1995 a 2012.

R\$ Bilhões a.p. 2012												
Anos/Média anual Períodos	PIB	Orçamento Geral União - OGU ⁽¹⁾	Superávit Primário Governos Federal ^(2,3)			Dívida Interna Governo Federal						
			Executado	% ^(2,3)		Estoque	% ^(2,3)		Juros e Encargos			
				PIB	OGU		PIB	OGU	estoque	PIB	OGU	
1995	2.042,7	582,0	11,4	0,6	2,0	286,6	14,0	49,2	34,75	12,1	1,7	6,0
1996	2.229,9	413,3	8,1	0,4	2,0	339,3	15,2	82,1	38,64	11,4	1,7	9,4
1997	2.358,3	458,4	7,2	0,3	1,6	421,2	17,9	91,9	39,98	9,5	1,7	8,7
1998	2.419,1	689,3	12,7	0,5	1,8	571,3	23,6	82,9	62,81	11,0	2,6	9,1
1999	2.415,0	724,0	51,4	2,1	7,1	717,1	29,7	99,0	83,93	11,7	3,5	11,6
2000	2.523,9	581,0	43,7	1,7	7,5	736,7	29,2	126,8	61,15	8,3	2,4	10,5
2001	2.587,9	653,4	43,7	1,7	6,7	833,0	32,2	127,5	73,15	8,8	2,8	11,2
2002	2.610,0	653,7	56,4	2,2	8,6	755,5	28,9	115,6	66,36	8,8	2,5	10,2
2003	2.746,9	668,7	62,6	2,3	9,4	951,0	34,6	142,2	75,96	8,0	2,8	11,4
2004	2.915,6	795,1	78,7	2,7	9,9	916,2	31,4	115,2	84,87	9,3	2,9	10,7
2005	3.051,0	852,0	79,2	2,6	9,3	938,0	30,7	110,1	104,35	11,1	3,4	12,2
2006	3.264,2	1.080,3	70,7	2,2	6,5	1.002,0	30,7	92,7	174,70	17,4	5,4	16,2
2007	3.509,8	1.114,5	78,4	2,2	7,0	1.065,7	30,4	95,6	160,40	15,1	4,6	14,4
2008	3.776,0	1.264,1	88,8	2,4	7,0	946,7	25,1	74,9	119,99	12,7	3,2	9,5
2009	3.867,3	1.263,7	50,7	1,3	4,0	1.160,1	30,0	91,8	136,20	11,7	3,5	10,8
2010	4.249,7	1.277,6	88,7	2,1	6,9	1.177,4	27,7	92,2	142,14	12,1	3,3	11,1
2011	4.385,0	1.274,8	98,5	2,2	7,7	1.123,8	25,6	88,2	168,29	15,0	3,8	13,2
2012	4.402,5	1.463,1	86,1	2,0	5,9	1.061,9	24,1	72,6	126,33	11,9	2,9	8,6
Média anual FHC	2.398,4	594,4	29,3	1,2	4,9	582,6	24,3	98,0	57,6	9,9	2,4	9,7
Média 1995-1998	2.262,5	535,7	9,9	0,4	1,8	404,6	17,9	75,5	44,05	10,9	1,9	8,2
Média 1999-2002	2.534,2	653,0	48,8	1,9	7,5	760,5	30,0	116,5	71,15	9,4	2,8	10,9
Média anual Lula	3.422,6	1.039,5	74,7	2,2	7,2	886,4	25,9	85,3	104,8	11,8	3,1	10,1
Média 2003-2006	2.994,4	849,0	72,8	2,4	8,6	951,8	31,8	112,1	110,0	11,6	3,7	13,0
Média 2007-2010	3.850,7	1.230,0	76,6	2,0	6,2	821,1	21,3	66,8	99,6	12,1	2,6	8,1
Média anual 2011-2012	4.393,8	1.368,9	92,3	2,1	6,7	1.092,8	24,9	79,8	147,31	13,5	3,4	10,8
Média anual 1995-2012	3.075,3	878,3	56,5	1,8	6,4	833,5	27,1	94,9	97,45	11,7	3,2	11,1
Crescimento 2012/1995	115,5%	151,4%	658,2%			270,5%			263,5%			
Crescimento Lula/FHC	42,7%	74,9%	154,8%			52,2%			81,9%			

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Banco Central do Brasil, Lei de Orçamento Anual – LOA de 1995 a 2012, Relatório e Pareceres Prévios do TCU sobre as Contas do Governo da República.

Notas:

1. Orçamento real (Excluído o Refinanciamento da Dívida Pública).
2. Considerado a dívida líquida do setor público específica do governo federal.
3. Superávit Primário específico do governo federal.
4. Juros e Encargos da dívida não contêm amortizações.
5. Valores a preços de 2012 corrigidos pelo IPCA do IBGE.
6. RCL – Valores estimados para os anos de 1995 e 1996 a partir da base histórica de 57% da RCB.

Resultados e Discussão

Os governos do presidente FHC (1995-1998, 1999-2002) foram marcados pela estabilidade de preços, com desequilíbrio fiscal (Oliveira e Turolla, 2003). Comparando os dois períodos, Tabela 10, verifica-se um aumento acentuado do estoque da dívida interna, saindo de 404,6 R\$ bi para 760,5 R\$ bi (aumento de 188,0%), um aumento expressivo da despesa com juros e encargos, saindo de 44,05 R\$ bi para 71,15 R\$ bi (aumento de 61,5%), e um aumento explosivo na produção de superávit primário, saindo de 9,9 R\$ bi para 48,8 R\$ bi (o que representa um aumento de 392,9%). O superávit Primário que na primeira gestão do presidente FHC ficou em 0,4% PIB, a média anual, foi para 1,9% do PIB. Em relação ao OGU o superávit primário saiu de 1,8% a sua participação na primeira gestão, para 7,5% na segunda.

Na primeira gestão de governo do presidente Lula, em relação à segunda gestão do presidente FHC, observa-se um aumento de 25% do estoque da dívida interna (R\$ 951,8 bi/R\$ 760,5 bi), um aumento de 53,8% do pagamento de juros, e um aumento do superávit primário de 49,1% (R\$ 72,8 bi/R\$ 48,8). No segundo período da gestão do presidente Lula, em relação a sua primeira gestão, verifica-se os sinais da crise de 2008, apresentando queda de 13,7% no estoque da dívida (R\$ 951,8 bi/R\$ 821,1 bi), queda de 9,5% no pagamento de juros (R\$ 110,0 bi/R\$ 99,6 bi) e um aumento de “apenas” 5,2% no superávit primário (R\$ 72,8 bi/R\$ 76,6 bi). Considerando a variação média dos dois períodos do governo Lula em relação aos dois períodos do governo FHC temos um aumento de 52,2% no estoque da dívida, acompanhada de um aumento de 81,9% no pagamento dos juros da dívida e a realização de um superávit primário de 154,8%.

Os indicadores fiscais em relação ao PIB e ao OGU apresentaram o seguinte comportamento médio anual entre as duas gestões: FHC (estoque da dívida 24,3% do PIB e 98,0% do OGU, pagamento de juros 2,4% do PIB e 9,7% do OGU, superávit primário 1,2% do PIB e 4,9% do orçamento), Lula (estoque da dívida 25,9% do PIB e 85,3% do OGU, pagamento de juros 3,1% do PIB e 10,1% do OGU, superávit primário 2,2% do PIB e 7,2% do orçamento). Observa-se que entre as duas gestões a dívida se manteve no mesmo patamar em relação ao PIB

Resultados e Discussão

com uma elevada participação no OGU, acentuou-se o pagamento de juros quando comparado à relação juros/PIB e juros/OGU, e um aumento expressivo na relação superávit/PIB e superávit/OGU. Dessa forma pode-se afirmar que as gestões do presidente Lula não só manteve como aprofundou a política fiscal das gestões do presidente FHC.

A julgar pela execução dos indicadores fiscais nos anos de 2011 e 2012, pode-se observar uma tendência de manutenção, na gestão da presidente Dilma, do perfil de crescimento verificado nas gestões dos presidentes FHC e Lula.

Analisando o período de 1995 a 2012, observa-se que o estoque da dívida cresceu 270,5% e o pagamento de juros cresceu 263,5%. Para responder ao compromisso acordado com o FMI os governos, nesse período, responderam com um crescimento do superávit primário de 658,2%. Nesse período a arrecadação cresceu, como vimos, 208,4% e o OGU cresceu 151,4%. Na próxima seção veremos que o gasto com saúde acompanhou o baixo crescimento do OGU, em relação aos demais indicadores estudados.

4.3. Gasto Federal com Saúde no Brasil: governos FHC, Lula e a tendência no governo Dilma.

*“A maré alta levanta todos os barcos” (Frases atribuída a **John F. Kennedy**)*

*“Somente quando a maré baixa é que você descobre quem estava nadando nu”.(**Warren Buffett**)*

Com a absoluta prioridade dada ao Programa de Estabilidade Fiscal acordado com o FMI, e sua execução, foi se consolidando uma visão no âmbito do aparelho do Estado e no imaginário dos formuladores de opinião, tornando orgânicos os discursos e as práticas de que as metas e os resultados fiscais se constituem como atividades-fim da administração pública, e não meio.

Dessa forma realizamos nessa seção a análise do gasto federal com saúde, nos anos de 1995 a 2012, estabelecendo comparativos entre as gestões do presidente FHC e Lula, e a tendência verificada para os anos seguintes, com o

Resultados e Discussão

objetivo de verificar em que medida o desenvolvimento e a execução da política de saúde no Brasil, nesse período, se deu na órbita do receituário da política neoliberal. Para isso submeteremos os indicadores de gasto com Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS, a um comparativo com os indicadores de política fiscal, que tratamos acima, e as receitas correntes.

Iniciamos a discussão apresentando um panorama do financiamento da saúde, com o objetivo de estabelecer um comparativo dos gastos com saúde no Brasil com países selecionados, Tabela 11.

Tabela 11: Comparativo de Gastos com Saúde – Países selecionados

Países	Valores US\$ PPP							
	Gasto Público		Gasto Privado		Gasto Total per capita 2011	Gasto % PIB		
	per capita 2011	Particip. %	per capita 2011	Particip. %		Público	Privado	Total
Argentina	869,00	60,6	565,00	39,4	1.434,00	4,91	3,19	8,10
Brasil	476,65	45,7	566,35	54,3	1.043,00	4,07	4,83	8,90
Canadá	3.182,08	70,4	1.337,92	29,6	4.520,00	7,88	3,32	11,20
Chile	607,24	47,0	684,76	53,0	1.292,00	3,53	3,98	7,50
Espanha	2.238,18	73,6	802,82	26,4	3.041,00	6,92	2,48	9,40
EUA	3.951,07	45,9	4.656,93	54,1	8.608,00	8,22	9,68	17,90
França	3.133,96	76,7	952,04	23,3	4.086,00	8,90	2,70	11,60
México	464,36	49,4	475,64	50,6	940,00	3,06	3,14	6,20
Paraguai	203,42	38,6	323,58	61,4	527,00	3,74	5,96	9,70
Reino Unido	2.747,29	82,7	574,71	17,3	3.322,00	7,69	1,61	9,30
Uruguai	817,96	67,6	392,04	32,4	1.210,00	5,41	2,59	8,00
Venezuela	241,85	36,7	417,15	63,3	659,00	1,91	3,29	5,20

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Banco Mundial

Verifica-se que países que têm um sistema de saúde com as características do SUS, como é o caso do Canadá, Espanha, França, e Reino Unido, o gasto público é majoritário, variando entre 70 e 83% do gasto total. O gasto público per capita com saúde no Brasil em 2011, corrigido pela Paridade do Poder de Compra (PPP), foi de U\$ 476,65, contra U\$ 3.182,08 do Canadá, U\$ 2.238,18 da Espanha, U\$ 3.133,96 da França, e U\$ 2.747,29 do Reino Unido. Nesse período o gasto per capita do Brasil, quando utilizado a correção pela PPP é menor que o da Argentina, Chile e Uruguai.

Resultados e Discussão

Em relação ao PIB podemos verificar que o Brasil apresenta um percentual de gasto de 8,9%, próximo ao gasto do Reino Unido, 9,30%, mas com uma composição diferente. Enquanto o gasto público do Brasil situa-se em 4,07% do PIB, o gasto do Reino Unido está situado em 7,69%.

Analisando a proporção entre gasto público e privado verifica-se que o Brasil está com um padrão de gasto semelhante ao sistema de saúde estadunidense (gasto público: Brasil 45,7%, EUA 45,9%) e países como Chile, EUA, México, Paraguai e Venezuela, que têm sistemas de saúde que não contemplam acesso universal e integral como o SUS. Dados da Organização Mundial da Saúde apontaram, para o ano de 2003, um percentual de gasto público com saúde no Brasil, em relação ao total gasto, de 45,3% (Soares, 2007).

Entre 2003 e 2011 o padrão de gasto com saúde, entre público e privado, não se alterou. Isso revela a dificuldade do Brasil em reverter esse padrão, e assim avançar na consolidação do SUS constitucionalizado (universal, integral, e de qualidade). Já em 1990, André Cesar Médici tratando desse assunto afirma que o modelo de atenção a saúde no Brasil nasce nos marcos do previdencialismo, tenta chegar ao universalismo, mas o desenvolvimento da política econômica o aproxima do sistema norte americano (Médici, 1990).

As razões dessa dificuldade podem ser encontradas no modelo de desenvolvimento capitalista no Brasil e no papel do Estado como agente promotor do desenvolvimento em todos os setores de atividade econômica, inclusive no setor saúde. O modelo de desenvolvimento capitalista, para o setor saúde, foi orientado para o privilegiamento da prática médica curativa e da produção privada de serviços de saúde, modelo de saúde anterior ao SUS, que ficou conhecido como o período da capitalização da medicina (Braga e Silva, 2001).

Resultados e Discussão

Ugá e Santos apontam que as dificuldades do SUS em romper com a herança deixada por esse modelo anterior, trazem consequências para o padrão de financiamento atual no Brasil.

Correspondendo à estrutura herdada do modelo do sistema de saúde prévio ao SUS, no qual o papel do Estado havia sido fundamentalmente o de promover a expansão do setor privado, a estrutura do gasto nacional em saúde também está fortemente marcada por essa herança. Assim, nosso sistema de saúde, constitucionalmente definido como sendo de acesso universal e integral, exhibe uma estrutura do gasto que em nada se assemelha à dos sistemas nacionais de saúde de cunho *welfariano*, mas se aproxima do padrão estadunidense, tido como sistema típico do modelo liberal de sistemas de saúde (Ugá e Santos, 2005 p.9).

O governo federal sempre foi o grande indutor das políticas de saúde no Brasil, e por meio do poder de normatização e do financiamento do sistema de saúde de forma majoritária. O alinhamento com a política econômica hegemônica nesse período, contenção de gastos e aumento de receitas para gerar superávit, deu início à retração da participação federal nos gastos totais com saúde no Brasil.

Observa-se na Tabela 12 que no período que se estende de 1990 a 2012 a participação relativa da União nas despesas com ações e serviços públicos de saúde teve uma queda acentuada de 38,8% (28,87 pontos percentuais – p.p.). Nos primeiros dez anos, de 1990 para 2000, a participação cai de 74,38% para 58,60%, queda de 21,2% (15,78 p.p.), na década seguinte, 2000 a 2010, a participação cai 23,2% (13,61 p.p), representando 44,99% do total gasto em saúde. Em 2012, observa-se um ligeiro aumento 0,52 p.p.; para compensar a queda na participação percentual dos Estados de 1,62 p.p. Em contrapartida, os Estados tiveram um aumento de 86,0% (11,63 p.p.), saindo de 13,52% em 1990 para 25,15% em 2012, enquanto os municípios mais que dobraram a sua participação percentual no financiamento público de saúde, saindo de 12,10% em 1990 para 29,34 em 2012, aumento de 142,5% (17,24 p.p.). Esses dados revelam a transição no gasto público do setor saúde no Brasil, ocorrida no período pós-

Resultados e Discussão

constituição federal de 1988, onde Estados e municípios assumem juntos o financiamento majoritário do setor, 54,5% do gasto público total, no período de 1990 a 2012, o que representou um aumento de 112,7%. A recomposição dos percentuais para financiamento da saúde representou para os municípios a maior carga.

Tabela 12: Gasto Público com Saúde - Participação dos entes federados

Anos	Participação %		
	União	Estados	Municípios
1990	74,38	13,52	12,10
2000	58,60	20,20	21,20
2010	44,99	26,77	28,24
2012	45,51	25,15	29,34

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de Médici (1994), SPO/MS, SIOPS e Nota Técnica nº 012, de 2013 – CONOF/Câmara dos Deputados

Nota: Base de dados: 1990 Médici, 2000 CONOF, 2010 e 2012 SIOPS e SPO/MS.

Se o governo federal é o grande indutor das políticas de saúde e se verifica uma transição do padrão de financiamento com a retração do governo federal na composição dos gastos com saúde, principalmente a partir da década de 1990, devemos estudar esse fenômeno para compreender a sua natureza.

Os gastos do governo federal com ações e serviços públicos de saúde, a preços de 2012, demonstram um crescimento acentuado, 125,7%, ao longo do período compreendido entre 1995 a 2012, saindo de R\$ 35 bilhões para R\$ 80 bilhões, o que representa uma média anual de R\$ 52 bilhões, Tabela 13. Isso é muito ou pouco? Agregando a esse valor o financiamento dos demais entes federados, como apresentamos no comparativo internacional acima, vimos que é pouco. Mas se é pouco como vem se comportando ao longo dos anos, diante dos indicadores econômicos? Qual foi a sua tendência ao longo desses anos no sentido de servir de instrumento para a consolidação do SUS? Qual a tendência futura?

A primeira constatação, que pode ser considerada como um dos aspectos desestruturantes do sistema, é o caráter irregular do financiamento ao longo dos anos, o que traz sérias dificuldades do ponto de vista de gestão. Pode se observar

que os gastos apresentam um comportamento irregular, com queda anual de até 7,6% e alta de até 18,5%, Figura 2

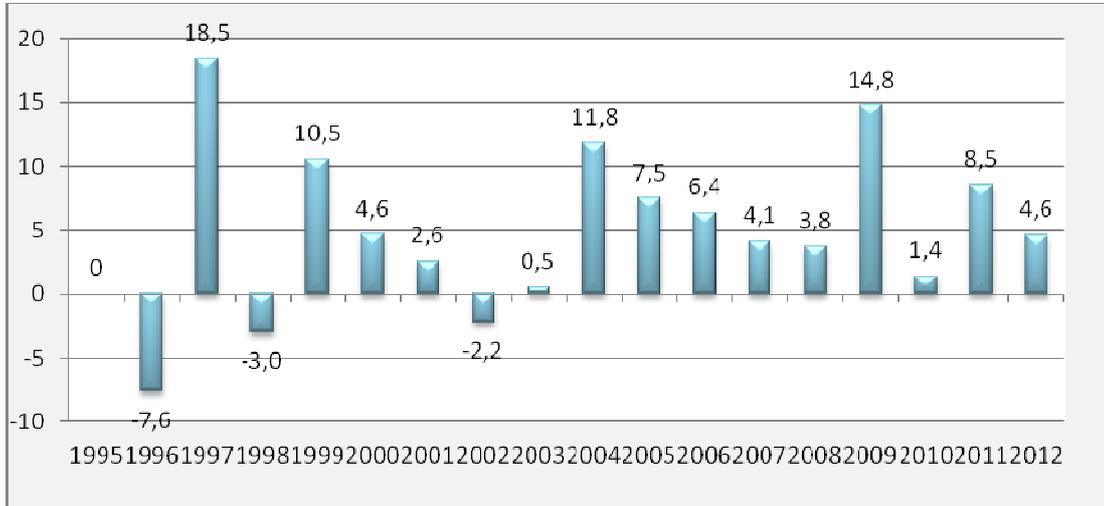


Figura 2. Gasto Federal com ASPS – % anual de crescimento a.p. 2012.
Fonte: Elaboração própria.

As razões dessa irregularidade no comportamento dos gastos são encontradas na desestabilidade do financiamento já no início da década de 1990, ocasionada pelas dificuldades econômicas no plano interno e o alinhamento à política neoliberal, já referida anteriormente, que expõe a economia brasileira às oscilações externas. Para Mendes (2012):

A situação financeira da saúde universal, em todos os anos posteriores à Constituição, tem sido orientada por dois determinantes: a preocupação dada à Previdência no interior do orçamento da seguridade social e a política fiscal contracionista executada pelo governo federal no campo social, decorrente de sua meta de reduzir despesas, (p. 117).

Barros analisando o SUS, pós-constituição de 1988, afirma:

A primeira metade da década de 1990 foi marcada pelo desfinanciamento setorial, com grandes oscilações no volume dos recursos destinados ao setor e com intensa irregularidade no fluxo financeiro durante a execução do orçamento anual. O ápice da crise ocorreu em 1993 (...) As consequências foram gravíssimas. O congelamento das tabelas e a sub-remuneração dos serviços, no quadro de elevada inflação que marcava o período, bem como a ausência de investimentos requeridos para a

Resultados e Discussão

expansão da rede pública, de modo a torná-la capaz de promover a ampliação da oferta necessária ao cumprimento dos dispositivos constitucionais, foram os mais graves efeitos (Barros, 2003, p.154).

Observa-se nos movimentos do financiamento da saúde a estreita relação com a questão do financiamento da Previdência²⁴, com a política fiscal e com o movimento da economia brasileira.

As medidas econômicas adotadas em 1993, na gestão do Ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso, como primeira etapa preparatória para o lançamento do Plano Real no ano seguinte, impactou diretamente o setor saúde. Essa etapa consistiu na edição de um conjunto de medidas de políticas ortodoxas que visavam o corte de despesas e o aumento de receitas. O forte ajuste fiscal, previsto no Plano de Ação Imediata (PAI), estabeleceu aumento de receita com a criação do IPMF, e cortes expressivos no orçamento do governo federal e realocação de despesas por meio da criação do FSE, previsto no Plano de Estabilização Econômica de 1993. Assuntos tratados no capítulo 2.

A queda no financiamento verificada em 1996 ainda se mantém como reflexo da grave crise de financiamento pela qual passou o setor saúde em 1993, quando no âmbito federal, afetou o repasse aos entes federados e o pagamento dos serviços assistenciais prestados, “subtraindo” recursos do Orçamento da Seguridade Social que seriam direcionados para a saúde, para cobrir problemas financeiros da Previdência Social, nesse momento, a saúde recorreu ao Fundo de Amparo ao Trabalhador para realizar empréstimo. No auge da crise de recursos para a saúde o então Secretário Nacional de Assistência a Saúde Gilson Carvalho, em discurso proferido no Congresso Nacional em 1993, destaca:

Inicialmente eu gostaria de lamentar. Quando nós, num momento deste, poderíamos estar aqui discutindo os problemas da Seguridade Social como um todo, estamos discutindo apenas os problemas da Saúde, justamente por que ela foi sufocada por um dos outros setores da Seguridade Social! Lamentável que a Comissão de Seguridade, que

²⁴ Para aprofundamento do assunto, ver Mendes (2012).

Resultados e Discussão

poderia estar discutindo amplamente o problema de todos, tenha que se deter sobre uma única área sufocada pela outra! (Carvalho, 2002. p. 82).

Depois do fundo do poço verificado em 1996, verificou-se uma recuperação em 1997. Essa recuperação deve ser analisada com cautela em função de que se apoia na reduzida base de gastos do ano anterior. Em 1998, preocupado com os ventos de instabilidade econômica mundial verificados já em 1997, o Brasil adota uma série de medidas econômicas, já citadas, mas não evita a crise que se estende até 2002, a economia brasileira não cresce nesse ano e pouco nos anos seguintes, e o gasto federal com saúde apresenta queda de 3% em 1998 e baixo crescimento nos anos seguintes. Outros pontos de inflexão podem ser verificados no ano de crise econômica de 2008, com seus reflexos até hoje na economia e no gasto com saúde. Observa-se um baixo crescimento em 2008, uma recuperação em 2009, para de novo apresentar um baixo crescimento em 2010 em função dos reflexos da crise. Em 2011 e 2012, observa-se uma tentativa de recuperação do nível de gastos com saúde.

Destaca-se a estratégia de contingenciamento do orçamento federal, realizado por meio de Decreto Presidencial, que concorre para o irregular e praticamente nulo crescimento dos gastos com saúde em relação ao PIB, ao longo do período estudado. Essa estratégia, que deveria ser utilizada em situações excepcionais e que virou quase que uma regra, tem nesse período o objetivo é garantir o alcance da meta de superávit fiscal e está prevista e bem articulada na LC 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), assunto tratado no capítulo 2. Na prática essa ação possibilita que dos recursos orçamentários consignados em lei (LOA), parcela fica indisponível para atender ao objetivo citado.

Resultados e Discussão

Tabela 13. Gasto Federal com saúde, em valores reais e na proporção do PIB, OGU, RCB e RCL

R\$ Bilhões a.p. 2012																
Anos/Média anual Períodos	PIB	Orçamento		Arrecadação Federal				Gasto Federal com Saúde								
		Geral União - OGU (1)	RCB		RCL		Gasto Total Federal Saúde - GTFS				Gasto Federal com ASPs					
			Valor	% Cresc	Valor	% Cresc	Valor	% PIB	% OGU	% RCB	% RCL	Valor	% PIB	% OGU	% RCB	% RCL
1995	2.042,7	582,0	367,9		209,6		43,1	2,1	7,4	11,7	20,6	35,5	1,7	6,1	9,6	16,9
1996	2.229,9	413,3	414,5	12,7	235,4	12,3	38,0	1,7	9,2	9,2	16,2	32,8	1,5	7,9	7,9	13,9
1997	2.358,3	458,4	440,1	6,2	247,1	5,0	47,2	2,0	10,3	10,7	19,1	38,8	1,6	8,5	8,8	15,7
1998	2.419,1	689,3	495,2	12,5	277,7	12,4	47,7	2,0	6,9	9,6	17,2	37,7	1,6	5,5	7,6	13,6
1999	2.415,0	724,0	494,4	-0,2	292,7	5,4	46,0	1,9	6,4	9,3	15,7	41,6	1,7	5,7	8,4	14,2
2000	2.523,9	581,0	540,4	9,3	310,5	6,1	48,6	1,9	8,4	9,0	15,6	43,5	1,7	7,5	8,1	14,0
2001	2.587,9	653,4	575,2	6,4	333,3	7,3	51,9	2,0	7,9	9,0	15,6	44,7	1,7	6,8	7,8	13,4
2002	2.610,0	653,7	605,9	5,3	356,6	7,0	50,0	1,9	7,6	8,2	14,0	43,7	1,7	6,7	7,2	12,3
2003	2.746,9	668,7	621,2	2,5	363,4	1,9	48,8	1,8	7,3	7,9	13,4	43,9	1,6	6,6	7,1	12,1
2004	2.915,6	795,1	676,7	8,9	397,1	9,3	54,8	1,9	6,9	8,1	13,8	49,1	1,7	6,2	7,3	12,4
2005	3.051,0	852,0	749,3	10,7	430,5	8,4	58,0	1,9	6,8	7,7	13,5	52,8	1,7	6,2	7,0	12,3
2006	3.264,2	1.080,3	804,6	7,4	474,9	10,3	61,0	1,9	5,6	7,6	12,9	56,1	1,7	5,2	7,0	11,8
2007	3.509,8	1.114,5	868,9	8,0	510,0	7,4	65,3	1,9	5,9	7,5	12,8	58,4	1,7	5,2	6,7	11,5
2008	3.776,0	1.264,1	939,9	8,2	533,7	4,7	67,4	1,8	5,3	7,2	12,6	60,6	1,6	4,8	6,4	11,4
2009	3.867,3	1.263,7	925,7	-1,5	521,9	-2,2	75,1	1,9	5,9	8,1	14,4	69,6	1,8	5,5	7,5	13,3
2010	4.249,7	1.277,6	1.017,4	9,9	563,5	8,0	76,7	1,8	6,0	7,5	13,6	70,6	1,7	5,5	6,9	12,5
2011	4.385,0	1.274,8	1.089,7	7,1	591,3	4,9	83,2	1,9	6,5	7,6	14,1	76,6	1,7	6,0	7,0	12,9
2012	4.402,5	1.463,1	1.134,7	4,1	616,9	4,3	86,8	2,0	5,9	7,6	14,1	80,1	1,8	5,5	7,1	13,0
Média anual FHC	2.398,4	594,4	491,7		282,9		46,6	1,9	7,8	9,5	16,5	39,8	1,7	6,7	8,1	14,1
Média 1995-1998	2.262,5	535,7	429,4		242,4		44,0	1,9	8,2	10,3	18,2	36,2	1,6	6,8	8,4	14,9
Média 1999-2002	2.534,2	653,0	554,0		323,3		49,1	1,9	7,5	8,9	15,2	43,4	1,7	6,6	7,8	13,4
Média anual Lula	3.422,6	1.039,5	825,5		474,4		63,4	1,9	6,1	7,7	13,4	57,6	1,7	5,5	7,0	12,2
Média 2003-2006	2.994,4	849,0	712,9		416,5		55,7	1,9	6,6	7,8	13,4	50,5	1,7	5,9	7,1	12,1
Média 2007-2010	3.850,7	1.230,0	938,0		532,3		71,1	1,8	5,8	7,6	13,4	64,8	1,7	5,3	6,9	12,2
Média anual 2011-2012	4.393,8	1.368,9	1.112,2		604,1		85,0	1,9	6,2	7,6	14,1	78,3	1,8	5,7	7,0	13,0
Média anual 1995-2012	3.075,3	878,3	709,0		403,7		58,3	1,9	6,6	8,2	14,4	52,0	1,7	5,9	7,3	12,9
Crescimento 2012/1995	115,5%	151,4%	208,4%		194,3%		101,2%					125,7%				
Crescimento Lula/FHC	42,7%	74,9%	67,9%		67,7%		36,1%					44,9%				

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Banco Central do Brasil, Ministério da Saúde, Lei de Orçamento Anual — LOA de 1995 a 2012, Relatório e Pareceres Prévios do TCU sobre as Contas do Governo da República.

Notas:

1. Orçamento real (excluído o Refinanciamento da Dívida Pública).
2. Considerada a dívida líquida do setor público específica do governo federal.
3. Superávit Primário específico do governo federal.
4. Juros e Encargos da dívida não contêm amortizações.
5. Valores a preços de 2012 corrigidos pelo IPCA do IBGE.
6. RCL — Valores estimados para os anos de 1995 e 1996 a partir da base histórica de 57% da RCB.

Resultados e Discussão

Analisando o gasto médio anual por períodos com ASPS verifica-se na segunda gestão do presidente FHC, em relação à primeira, um aumento do gasto em 20% (43,4/36,2), demonstrando um crescimento menor desse indicador em relação as RCB que aumentaram 29% (554/429,4), as RCL que aumentaram 33% (323,3/242,4), e ao OGU que aumentou 22% (653/535,7). Levando em conta a participação percentual dos gastos com ASPS em relação ao PIB consta-se que entre as duas gestões do presidente FHC praticamente não há alteração no perfil de gasto, enquanto que nos gastos com ASPS em relação aos demais indicadores (OGU, RCB e RCL) observa-se uma variação importante. Quando analisado o Gasto Total Federal com Saúde - GTFS, observa-se o mesmo comportamento.

Agregando a essa comparação os dados de crescimento verificado na seção anterior (superávit primário 393%, dívida interna 188%, pagamento de juros 62%) é possível afirmar que a política econômica no governo FHC, ao perseguir as metas de política fiscal acordadas com o FMI e ratificadas na carta de compromisso assinada com esse organismo no auge da crise de 2002, “***foi bem sucedida***”, aumentando receitas, contendo gastos e subfinanciando o setor saúde.

Reproduzindo essa análise para a gestão do presidente Lula, nota-se que enquanto os gastos com ASPS crescem 28% (64,8/50,5), as RCB crescem 32% (938/712,9), as RCL crescem 28% (532,3/416,4), e o OGU cresce 45% (1230/849), demonstrando que os gastos com ASPS não crescem acima de nenhum dos indicadores de política fiscal. Em relação ao PIB, verificamos que a proporção praticamente se mantém para todos os indicadores (ASPS/PIB-OGU-RCB-RCL). O Gasto Total Federal com Saúde - GTFS mantém com o mesmo comportamento dos gastos com ASPS. Incluindo na análise os dados de crescimento de indicadores verificados na seção anterior (superávit primário 49%, dívida interna 25%, pagamento de juros 54%), fica mais clara a opção de política econômica do governo Lula, e é possível afirmar que a política econômica do seu governo Lula, para o campo da saúde, ***também “foi bem sucedida”*** no seu propósito de perseguir as metas de política fiscal. Neste momento é importante

Resultados e Discussão

assinalar que o governo Lula ***também*** assumiu compromisso com o bloco no poder e com o FMI, como vimos no seu emblemático discurso proferido logo após a sua eleição em 2002 e na renovação em fevereiro de 2003 da carta de compromisso assinada pelo presidente FHC com o FMI (Mattei e Magalhães, 2011).

Na análise do governo Lula, em relação ao governo FHC, verificava-se o seguinte comportamento dos indicadores fiscais: enquanto as despesas com ASPS e GTFS crescem, respectivamente 45% e 36%, próximas ao PIB que cresceu 43%, o OGU cresceu 75%, a RCB e RCL cresceram 68%. Trazendo para a análise os dados de crescimento de indicadores de política fiscal discutidos na seção anterior (superávit primário 155%, dívida interna 52%, pagamento de juros 82%), é possível afirmar que o governo Lula no campo da política fiscal não só manteve a política do seu antecessor, como aprofundou.

O comportamento médio anual dos indicadores fiscais estudados, para os anos 2011 e 2012, mantiveram absolutamente o mesmo padrão da gestão do presidente Lula, sinalizando a tendência de continuidade da política fiscal dos governos FHC e Lula na gestão Dilma Rouseff.

Analisando o comportamento das variáveis no decorrer de todos os anos, 1995 a 2012, observa-se de um lado o crescimento nos gastos com saúde, ASPS 125% e GTFS 101%, enquanto de outro verifica-se um crescimento das receitas, RCB 208%, e RCL de 194%. Por sua via, os governos fazem um forte crescimento do superávit primário, 659%, para dar conta do pagamento de juros e encargos da dívida interna do governo federal, que no período cresceu 264%, e de manter sobre controle a relação dívida/PIB que cresceu 271%, Figura 3.

Resultados e Discussão

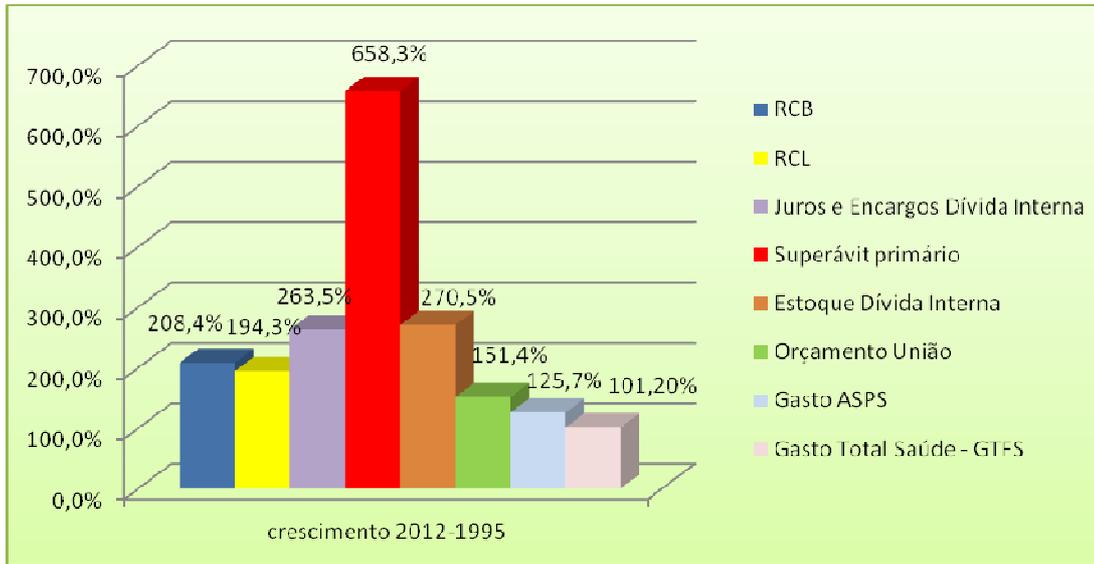


Figura 3. Comportamento das âncoras da política fiscal

Fonte: Elaboração própria.

Nesse período, 1995 a 2012, não houve alteração no perfil do gasto com ASPS e GTFS em relação ao PIB. Se os dados fossem apresentados em forma de gráfico de linha, teríamos uma linha horizontal constante ao longo do período, com valores anuais situando-se em torno da média de 1,7% e 1,9% do PIB, respectivamente. O que revela os motivos pelos quais o governo federal atua fortemente junto ao Congresso Nacional para fazer aprovar as propostas de acordo com o seu interesse, como no caso da EC 29 e sua regulamentação (LC 141) ao não definir percentual do orçamento federal a ser aplicado na saúde subordinada a política de saúde à política econômica. A resistência do governo federal em estabelecer um percentual da sua receita para a saúde é histórica, assunto discutido no capítulo 2.

A maior e a menor participação das ASPS, em relação às RCB e RCL, foram observadas em 1995 e em 2008, respectivamente, (9,6%, 6,4% e 16,9%, 11,4%). Analisando os GTFS, em relação à RCB e RCL, verifica-se a maior e menor participação também em 1995 e 2008, respectivamente (11,7%, 7,2% e 20,6%, 12,6%). A média da participação das ASPS na RCB e RCL, no período,

Resultados e Discussão

situou-se em 7,3% e 12,9%, respectivamente, enquanto a média da participação dos GTFS na RCB e RCL situou-se em 8,2% e 14,4%. Os dados da média anual dos gastos com ASPS e GTFS na RCB e RCL, em 2011 e 2012, apontam para os seguintes percentuais: ASPS (7,0% e 13,0%) e GTFS (7,6% e 14,1%).

A sustentação da política fiscal, no período estudado, se deu por meio da criação e manutenção de superávit primário expressivo, aumento de receita, contenção das despesas, e do compromisso em controlar o aumento da relação dívida/PIB e honrar o pagamento dos juros da dívida pública, conforme acordado com o FMI. Na análise do período constata-se uma linha de continuidade da política fiscal, com forte incremento no governo Lula.

Da análise realizada podemos afirmar que a política brasileira em poucos momentos de sua história esteve tão alinhada como nesses 18 anos, e que a constatação de que a evolução do gasto federal com saúde perde para qualquer um dos indicadores estudados, revela que existe margem para se negociar a ampliação de recursos para o setor saúde, hoje subfinanciado.

Atualmente seis propostas de aumento de recursos para a saúde deram entrada na Câmara dos Deputados por meio de Projetos de Lei Complementar – PLP (PLP 123/12, 124/2012, 226/2012, 309/2013, 321/2013 e 341/2013). Destaca-se entre essas propostas o PLP 321/2013, que teve origem na Sugestão Nº 89/2013 do Conselho Nacional de Saúde, com a participação de várias entidades integrantes do Movimento Nacional de Defesa da Saúde Pública. Essa proposta de iniciativa popular foi apresentada à Comissão de Legislação Participativa da Câmara dos Deputados, em 29/8/2013, com 1.896.592 assinaturas. Esses projetos foram apensados ao PLP Nº 123/2012, que recebeu um texto substitutivo aprovado pelo relator da Comissão de Seguridade Social e família – CSSF, deputado Nazareno Fonteles PT/PI em 29/10/2013.

O texto em discussão na Câmara dos Deputados trata, entre outras coisas, da alteração do LC 141 para definir 10% da RCB da União para a saúde e da criação da CSS.

Resultados e Discussão

Se aplicarmos o percentual de 10% no valor a RCB verificada no exercício de 2012, conforme Tabela 13, teríamos um acréscimo de 42% no gasto do governo federal com ASPS, o que equivaleria a preços reais de 2012, a mais R\$ 33,4 bi, elevando o gasto federal para R\$ 113,5 bi/ano. Nossa estimativa, levando em conta a participação relativa da União nos gastos públicos com saúde, conforme dados da Tabela 12, aponta para um gasto per capita público total (União, Estados e Municípios) de R\$ 1.059,50, ou 4,7% do PIB. Comparando esse per capita estimado com os dados da Tabela 11, verifica-se que o gasto público com saúde no Brasil continua abaixo dos gastos na Argentina e Uruguai, e permanece bem abaixo de países como Canadá, Espanha, França e Reino Unido.

Se aprovado o importante e esperado aumento dos recursos para a saúde pública no Brasil, como visto acima, teríamos uma melhora nas condições do subfinanciamento do sistema, o que não significa a solução da questão no curto prazo. Em trabalho recente de projeção do financiamento e gasto público com saúde para 2030, realizado pela Fiocruz e outros, considerando como cenário favorável a aprovação de vinculação dos gastos com saúde a um percentual da receita corrente, verifica-se que a questão do subfinanciamento também não se resolve no médio prazo.

A regra de vinculação dos recursos da União para a Saúde passaria a ser um percentual da receita corrente (bruta ou líquida). Neste cenário, as expectativas para o gasto público dependeriam do comportamento da Receita Corrente Bruta (RCB) ou da Receita Corrente Líquida (RCL) e das receitas estaduais e municipais com relação ao PIB. No caso foi adotada a elasticidade de 1,1 na relação receita/PIB. Nessa hipótese o gasto público total com saúde alcançaria 5,10% do PIB em 2030, considerando-se um crescimento de 10% da RCB a cada dez anos, ou chegaria a 5,07% do PIB, considerando-se o mesmo ritmo de crescimento para a RCL e para as receitas estaduais e municipais. Em valores per capita, neste cenário mais otimista (regulamentação com vinculação do gasto federal à RCB e todas as receitas crescendo com elasticidade receita/PIB de 1,1) o per capita cresceria de R\$ 861,60 em 2012 para R\$ 1.429,32 em 2030, com um aumento real de quase 66%.

Resultados e Discussão

Mesmo assim esse valor seria um pouco inferior à receita per capita do segmento de planos e seguros privados de saúde, que em 2010 foi de R\$ 1.594,00 (Fiocruz ET AL, 2012, p. 284).

Considerando as projeções de que teríamos um aumento no gasto com ações e serviços de saúde no curto prazo, que passaria a corresponder a 4,7% do PIB, se aprovado a vinculação dos gastos a no mínimo 10% da RCB; e um aumento do gasto com ações e serviços públicos de saúde no médio prazo, que corresponderia a 5,1% do PIB em 2030, conclui-se que ainda estaríamos longe dos percentuais de gasto público em relação ao PIB verificado em 2011 em países como o Canadá (7,88%), a Espanha (6,92%), a França (8,9%) e o Reino Unido (7,69%).

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inquietação inicial, que nos levou esse trabalho de pesquisa, permitiu a nossa aproximação com questões que até então não haviam sido por nós aprofundadas, que não tínhamos atribuída a elas o seu devido lugar e importância, ou ainda não haviam sido exploradas com os detalhes possíveis num trabalho como esse e que aqui se apresentam. Chegamos a esse ponto da tese ainda com muitas interrogações, mas fortalecidos do ponto de vista teórico e crítico, o que nos possibilita dialogar com as questões propostas no início deste trabalho.

Analisar as questões relativas ao gasto federal com saúde no Brasil, em períodos de governo, deveria revelar a prática de uma política de saúde antagônica na sua concepção e alinhada à política econômica hegemônica na sua execução, trazendo como consequência o subfinanciamento do sistema público de saúde no Brasil que se manifestaria como uma política de Estado; foi a nossa tese, que restou comprovada.

Buscamos inicialmente nesta tese compreender as determinações a que está sujeita a política de saúde (capítulo 1). Realizar essa análise, ainda que breve, nos permitiu compreender o desenvolvimento e a inserção da política de saúde no contexto da economia capitalista. Os ciclos econômicos, que são próprios desse modo de produção, determinaram períodos de crescimento e crise econômica que foram decisivos para a construção de modelos de política de saúde em cada período. No período em que houve a necessidade de expansão da atividade econômica, para superação da crise, o Estado foi chamado para intervir na economia e lá esteve, estimulando-a via ampliação do gasto público direto, criação de incentivos ao setor privado e realizando o planejamento econômico no sentido de criar expectativas futuras para direcionar os investimentos. Os resultados econômicos dessa intervenção foram expressivos, com taxas importantes de crescimento nos anos dourados do capitalismo, quando se viu o nascimento do *Welfare State* e dos sistemas nacionais de saúde. No Brasil, nesse

Considerações Finais

período, o Estado promoveu o desenvolvimento econômico com taxas de crescimento superiores à média mundial, e no campo da saúde desenvolveu uma política de expansão do setor privado.

As “novas” ideais liberais, que vinham sendo engendradas já na década de 1940, ganham força a partir da década de 1970 quando se inicia o ciclo de crise das economias capitalistas centrais. Com uma proposta de soluções ágeis, eficientes e de ação prática, o novo liberalismo dominou a cena política e econômica a partir da década de 1980. Neste período enquanto se presencia um questionamento do *Welfare State* e dos sistemas nacionais de saúde na Europa, no Brasil se observa por um lado a conquista da constitucionalização do Sistema Único de Saúde, e por outro a implantação do receituário proposto pelo neoliberalismo.

O alinhamento com as políticas de corte neoliberal pode ser visto, já na década de 1990, na abertura da economia brasileira à economia internacional realizada pelo governo do presidente Fernando Collor de Mello; no conteúdo do documento apresentado pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo que propunha uma agenda para o crescimento da economia, cujo conteúdo de medidas era idêntico ao receituário neoliberal; e na condução da política econômica realizada pela equipe do presidente FHC, cujo Ministro da Fazenda foi colega de Universidade de John Williamson, sintetizador das ideais contidas no chamado Consenso de Washington. Williamson também foi professor do presidente do Banco Central no segundo mandato do presidente FHC.

O fato do Brasil não ter se declarado adepto do neoliberalismo, em nenhum período de governo, fomentou o debate acerca da adoção e da concretude de determinada política econômica ao longo dos períodos de governo. O fato é, que se o Brasil não “abraçou” o neoliberalismo adotou o receituário neoliberal, como discutido acima e constatado na análise do setor saúde desenvolvida nesta tese.

O Brasil concebe em 1988 um sistema nacional de saúde tardio e antagônico. Tardio porque a política dos países desenvolvidos para o setor saúde já apresentava, nesse período, sinais de mudança. Na Grã-Bretanha, por

Considerações Finais

exemplo, que concebeu o seu sistema nacional de saúde 40 (quarenta) anos antes, na década de 1980, dirigida por um governo conservador, propunha reavaliação e mudanças em seu sistema de saúde. Antagônico, por que de um lado se consignou no texto constitucional os princípios da universalidade e da integralidade e o caráter público do sistema de saúde, em desalinho com a opção e o desenvolvimento da política econômica da época, constituindo-se em um sistema marginal à concepção política e econômica hegemônica - neoliberal; e de outro lado se consignou a participação do setor privado de forma complementar e suplementar ao sistema público de saúde, possibilitando a atuação desse setor no mesmo espaço que o SUS de forma concorrencial, duplicando a cobertura de serviços, trazendo problemas de acesso, e concedendo subsídio público ao setor privado, e desta forma alinhado à concepção política e econômica hegemônica.

Outro claro sinal do antagonismo do sistema de saúde brasileiro e do alinhamento a concepção política e econômica hegemônica, é a falta de clareza no texto constitucional sobre a questão do financiamento, provocando a possibilidade de emenda constitucional ou ainda remetendo o assunto para discussão em lei infraconstitucional, espaço em que se dá toda sorte de negociação até a sua aprovação. O que possibilitou a contenção dos gastos públicos no setor saúde, como propõe o receituário neoliberal seguido à risca pela política econômica brasileira.

Se na concepção do SUS se revelava sua face antagônica, na execução da política de saúde nos anos estudados o que se manifesta é o alinhamento a política econômica hegemônica.

Esse alinhamento poder ser visto na atuação do poder executivo, como se legislativo fosse, analisado no capítulo 2, em oferecer propostas e fazer aprovar como e quando quis os seus projetos de alteração constitucional e de ajuste no marco legal que atenderam ao seu interesse, cumprindo os acordos estabelecidos com os organismos internacionais e com a fração hegemônica do bloco no poder, o sistema bancário-financeiro. No pacote de propostas aprovadas de alteração e regulamentação constitucional estão: a) as medidas que desregulamentaram a

Considerações Finais

disciplina jurídica para flexibilização da ordem econômica em vários setores; b) as medidas de reforma administrativa e previdenciária, que retiraram direitos de ativos e inativos e possibilitaram a entrada do setor privado nesse grande mercado ainda não suficientemente explorado por esse setor; e c) o conjunto de medidas de política fiscal que possibilitou a criação de expressivo superávit primário com o objetivo de honrar o pagamento dos juros e encargos da dívida, possibilitando a remuneração do capital portador de juros, com reflexos no aprofundamento da financeirização do orçamento público. Essas propostas tiveram prioridade na sua tramitação e aprovação, enquanto as propostas de interesse do setor saúde foram obstaculizadas e/ou levaram anos em discussão. Ações políticas que estão alinhadas com as estratégias neoliberais.

Dessa forma, as reformas proferidas no marco legal pós-Constituição de 1988 trouxeram como resultados a flexibilização da atividade econômica na direção da abertura de mercado, a perda e redução de direitos conquistados necessários para garantir a consolidação do “Estado Social”, e a criação de condições e ambiente favorável para a atração e circulação do capital portador de juros.

No campo da saúde, o alinhamento com as propostas neoliberais de corte de gastos, que estão no contexto da política fiscal descrita acima, e a organicidade das esferas de poder, pode ser visto na votação do Projeto de Lei (PLP 306D), que deu origem à Lei Complementar 141. O PLP 306D que retirou do texto todas as propostas de mais recursos para a saúde obteve a aprovação de 70 senadores e apenas um votou contra.

A ofensiva do anti-SUS dentro do SUS, discutido na última parte do capítulo 3, teve como uma das suas causas o afã normatizador e o gerencialismo arraigado no aparelho de Estado, resultado da orientação e implementação das políticas neoliberais há mais de três décadas. O que provocou e provoca macrodistorções no SUS, desviando e comprometendo as estratégias para o seu desenvolvimento e consolidação, com sérias consequências para a gestão e para os gestores.

Considerações Finais

Sendo o setor saúde um campo importante de atividade econômica, a permissão dada pelo Estado para a livre atuação do setor privado de forma concorrencial com o sistema público, e ainda patrocinando a sua expansão por meio de subsídios e renúncia fiscal - política alinhada com a agenda estratégica neoliberal - provoca iniquidades de acesso ao não incorporar ao SUS parcela importante da população (cerca de 1/4 segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar para o exercício 2013) que pela sua inserção social e ocupacional se constituem em formadores de opinião e poderiam trazer importante contribuição para a consolidação do sistema. A política de renúncia fiscal compele essa parcela importante da população a buscar no setor privado a resolução dos seus problemas de saúde. Essa política é um importante agente causador de macrodistorção no sistema e promotor da ofensiva do anti-SUS, fora do SUS. O resgate da discussão, e definição clara do campo de atuação do público e do privado na saúde para além da questão da renúncia fiscal e do financiamento do sistema, é crucial para o futuro do SUS.

Constata-se no movimento do marco legal e regulatório da República uma reforma do Estado inconclusa, o que proporcionou no campo da saúde o subfinanciamento do sistema, uma relação público-privada nefasta, e sérios problemas de gestão. Dessa forma é importante considerar como legítimas as buscas dos gestores do SUS, que possuem mandato e um horizonte político de curto prazo para viabilizar o seu governo, por alternativas de modelos de gestão. Mas é imperativo que na agenda de discussões e ações políticas mais efetivas, a implantação desses modelos de gestão, das mais variadas formas, não inviabilize o SUS.

O projeto político vencedor, consubstanciado na primeira eleição do presidente FHC, acabou por inserir o Brasil na via da financeirização subordinada à economia mundial e trouxe para dentro do Estado a centralidade da finança, como vimos no capítulo 4. Ocorre nesse período uma interconexão dos interesses internos e externos do sistema financeiro, e o setor bancário-financeiro surge como uma nova fração hegemônica do bloco no poder, com potência para liderar

Considerações Finais

interesses das demais frações e classes do bloco no poder, tornando a sua hegemonia orgânica ao conjunto da sociedade. Os instrumentos de política fiscal foram e estão sendo largamente utilizados e sustentaram toda a política econômica dos governos no período estudado.

O que garante a continuidade dessa política é o cumprimento do acordo estabelecido com o FMI, e a necessidade de dar respostas ao bloco hegemônico no poder. Não deixamos de insistir que em poucos momentos de sua história a política econômica brasileira esteve tão alinhada como nesses 18 anos estudados, cujo objetivo a ser atingido, conforme acordado nos Programas de Estabilidade Fiscal, foi gerar superávit primário para pagamento dos juros da dívida e controle da relação dívida/PIB, com base no aumento da receita e controle das despesas.

Do lado da receita, a carga tributária favorece a concentração de receitas no nível federal, discutida no capítulo 4, enquanto a execução das ações e serviços de saúde se dá no nível loco regional. Situação prevista constitucionalmente e aprofundada na institucionalidade do SUS. A necessária reforma tributária, que não ocorreu pelas razões expostas no capítulo 4, poderia evitar a continuidade da efetivação de mudanças pontuais com a introdução de tributo e/ou aumento de alíquota tributária, como forma de atender a uma política focalizada, a depender da conjuntura. Os gastos municipais com saúde apresentaram uma elevação importante, exigindo a elevação da participação municipal na carga tributária, o que ocorreu, principalmente via aumento de arrecadação no Imposto Sobre Serviço.

Do lado da despesa, a análise realizada revela um alinhamento de políticas e ações nos períodos estudados. Os governos do Partido dos Trabalhadores e aliados não diferiram dos governos do Partido da Social Democracia Brasileira e aliados. A tendência de queda acentuada da participação proporcional do governo federal nos gastos com saúde se manteve ao longo do período. O percentual do gasto público, em relação ao total gasto, situou-se em um patamar que não condiz com o financiamento de um sistema de saúde que se pretende universal e integral. A realidade do gasto público com saúde no Brasil está muito distante do

Considerações Finais

gasto público verificado nos sistemas de saúde universais da Europa, como Reino Unido, Espanha e França, e muito próxima da realidade do sistema de saúde norte-americano, que privilegia o mercado e tem uma composição de gasto em que o setor privado é majoritário.

Os números de crescimento de alguns indicadores de política fiscal entre 1995 e 2012, apresentados no final do capítulo 4, impressionam: Superávit Primário 658%, Estoque da Dívida 270%, Pagamento de Juros e Encargos 263%, Receita Corrente Bruta 208%, Receita Corrente Líquida 194%, Orçamento União 151%, Gasto com Ações e Serviços Públicos de Saúde 126%, e Gasto Total com Saúde 101%. Destaca-se nesses dados a produção de superávit primário no orçamento federal para pagamento dos juros e encargos da dívida pública, quando comparado ao aumento dos gastos com saúde para dar conta de uma política de direito universal e integral e de relevância pública.

Como apresentado na epígrafe do capítulo 4, a lanterna na popa esteve o tempo todo operante (Tuchman, 1989), iluminando o passado e prendendo os gestores à administração e à condução das questões de curto prazo, com todos os reflexos observados na política econômica e social. Esse foi o projeto vencedor.

Diante desse quadro é possível afirmar que no período estudado observa-se um subfinanciamento do SUS, e este se manifesta como uma política de Estado e não de um governo específico.

Além das consequências na desorganização do sistema, provocada para dificuldade de estabelecer um sistema regionalizado, o subfinanciamento do SUS, como política de Estado, gera instabilidade na gestão, principalmente municipal, na medida em que num sistema com mais de 5.560 municípios subfinanciados é impossível se estabelecer a hierarquização e a gestão solidária em redes, o que impõe ao gestor, solitário, a busca por alternativas imediatas para solução dos graves problemas que se apresentam no seu dia a dia de gestão. Soluções essas que provocam distorções no sistema e por vezes anulam ganhos conquistados,

Considerações Finais

quando não provocam retrocessos, o que desestrutura ainda mais o sistema num círculo vicioso.

O subfinanciamento provoca ainda iniquidades de acesso, na medida em que o modelo de atenção instituído, sendo subfinanciado, não dá conta de cumprir com o princípio da integralidade, permitindo a concorrência e o avanço do setor privado. A reversão desse processo certamente deve passar, além do aumento de recursos para dar conta de todas as ações e serviços de saúde, pela alteração do padrão de financiamento historicamente definido para o setor público, que privilegia a assistência médica curativa em detrimento da Vigilância em Saúde e da atenção básica resolutive.

Nesse cenário a constatação de que os gastos com saúde do governo federal perdem para todos os indicadores de política econômica estudados, sinaliza que existe margem para a negociação e ampliação montante de recursos para o setor saúde. Segundo nossas projeções, se aprovado o Projeto de Lei que altera a Lei Complementar nº 141 que define 10% da RCB da União para a saúde e cria a CSS (em tramitação na Câmara dos Deputados), o gasto federal com saúde, tomando como base o exercício de 2012, teria um acréscimo de 42%, o que faria com que o gasto público total com saúde no Brasil per capita atingisse o montante de R\$ 1.059,50, correspondendo a 4,7% do PIB.

Essa proposta de ampliação dos recursos é vital para a organização do Sistema Único de Saúde, por meio da construção das Redes Regionais de Atenção à Saúde e a efetiva implantação da Regionalização, processo definido nos marcos do SUS e mais recentemente no Decreto 7508/2011, em fase de discussão e operacionalização ainda incipientes. A importância da regionalização se dá na medida em que a sua implantação permitirá que o cidadão conheça e se vincule a uma rede de ações e serviços públicos de saúde pactuada e contratada entre os gestores do sistema. Além de permitir o controle social, por meio da publicização dessa rede regionalizada.

Se por um lado as reformas no marco legal são importantes, por outro a participação, o envolvimento e a mobilização social, por fora do Estado, são

Considerações Finais

fundamentais para reorientar a atuação das instituições públicas e privadas, e apontar para a construção de um projeto de desenvolvimento.

As mudanças fundamentais como a reforma tributária, para dar conta de fortalecer o tesouro municipal - ente federal que com o processo de descentralização vem assumindo cada vez mais com a execução e o financiamento das políticas sociais e da saúde em particular - está na pauta de discussão há 25 anos sem nenhuma perspectiva de solução, em função dos interesses políticos, partidários e econômicos.

É importante ter clareza de que é a reforma do Estado, por dentro e por fora dele, é que vai permitir a consolidação do sistema, com os princípios concebidos pelos atores da reforma sanitária e definidos constitucionalmente.

No contexto de uma República centenária que não conseguiu sedimentar no imaginário popular a noção de república, cidadania e direito, talvez o maior dos desafios do SUS, para além do subfinanciamento e melhoria contínua da gestão, seja a necessidade de criação de uma identidade republicana (Carvalho, 1990), como condição para transformar a significação imaginária da sociedade (Castoriadis, 1982), em relação ao sistema público de saúde, criando uma consciência cidadã, sem o que não teremos construído e entregue a sociedade um sistema de saúde como um patrimônio público. Para isso será necessário a adesão efetiva da classe média, dos trabalhadores sindicalizados e dos servidores públicos e com uma relação sociedade-Estado realmente democratizadora (Santos, 2010).

É necessário trazer de vez a classe média para dentro do sistema e superar o dilema de uma classe média apegada mais ao consumo que à cidadania, sócia despreocupada do crescimento e do poder (Santos, 1999).

O SUS só vai conquistar a adesão da classe média se esta se sentir acolhida pelo sistema público de saúde por meio do estabelecimento de relações de confiança e resolução de problemas (Merhy, 1998). Para que isso ocorra algumas medidas são decisivas:

1. A CONQUISTA de mais recursos para saúde no Brasil.

A articulação e muita mobilização para a conquista de mais recurso para a saúde são necessárias na medida em que frações do bloco no poder atuam fortemente e possuem raízes no poder legislativo e no poder executivo. Essas frações já conseguiram abortar pelo menos duas tentativas de aprovação de mais recursos para a saúde, como os projetos PLS 35/2002, PLP 01/2003, além de mutilar o projeto PLS 127/2007. Assunto discutido no capítulo 2, com destaque para o relatório apresentado pelo deputado Pepe Vargas quando expõe as razões da retirada da fixação dos 10% da RCB do texto original do Senador Tião Viana. A defesa vigorosa do setor privado, como vimos no capítulo 3 nos discursos dos deputados Arnaldo Faria de Sá e Inocêncio Oliveira, dão a dimensão da tensão nos debates no legislativo em torno dos projetos que propõem mais recursos para a saúde e sua dificuldade de aprovação.

No horizonte político mais próximo está a discussão do Substitutivo ao Projeto de Lei Complementar – PLP Nº 123/2012, que propõe mais recursos para a saúde. Os dados estimados que apresentamos nessa tese não demonstram uma mudança no paradigma de gastos com saúde no Brasil, se aprovado o substitutivo. E observando as estimativas futuras realizadas pela Fiocruz e outros, as perspectivas também não são alentadoras. A importância da conquista de mais recursos para a saúde é mais o efeito demonstração que uma mobilização dessa natureza pode trazer para as transformações no SUS, do que o montante de recursos, mesmo porque o que está em discussão é a imposição ao governo federal de aplicação “mínima de recursos”, podendo o percentual ser estendido, a depender da mobilização.

2. A implantação, de fato, da regionalização.

Não foi por acaso que na agenda de discussões e implantação das políticas de saúde constitucionalizadas a questão das redes regionais de atenção à saúde não foi priorizada, só começa a ser implantada agora, vagarosamente, depois de 25 anos. Interesses e disputas foram e continuam sendo travados em todos os

Considerações Finais

espaços de poder ditando o ritmo da sua implantação. Se por um lado é do interesse dos que defendem o SUS a implantação dessas redes, por que delas depende a estruturação e o avanço do sistema, por outro é do interesse dos que defendem o desmonte do SUS a manutenção da estratégia de discussão individualizada e implantação de políticas focalizadas no âmbito da municipalidade e do serviço, mantendo um sistema pulverizado nos mais de 5.560 municípios e discutindo o Pronto-Socorro, o Pronto Atendimento, a UBS, o Ambulatório e o Hospital. Desta forma a consciência de direito à saúde não se fortalece.

3. A implementação do marco legal...legal!

Buscar a redução das distorções e desvios das estratégias de construção do SUS, ocasionadas pela operacionalização do sistema por meio de portarias, que com frequência criam regulação não prevista e/ou destoante do marco legal fundante.

4. Ruptura com o modelo de desenvolvimento dependente-associado.

Um dos substratos quando discutimos a opção de modelo de desenvolvimento econômico feito pelo Brasil na década de 1990, corroborado pelos dados apresentados na tese, foi que esse modelo trouxe para o Brasil, entre outras coisas, a financeirização dos orçamentos públicos. Os dados apresentados ao longo desse trabalho demonstraram os efeitos que a manutenção dessa política causou na política social-saúde no período estudado, e aponta para o esgotamento das possibilidades e a “camisa de força” para onde o País está se encaminhando.

A exposição da economia a oscilações externas, causadas pelo movimento e a voracidade do capital portador de juros, gera vulnerabilidade interna, instabilidade, e reduz a autonomia do governo em produzir e gerenciar a sua política econômica. A instabilidade na política econômica brasileira, que se presencia a pelo menos três décadas, mantém o país refém da política do curto prazo. Como discutido anteriormente, a armadilha do curto prazo colocou o Brasil em uma encruzilhada, onde o programa de metas e a busca pelos resultados

Considerações Finais

fiscais parecem que se tornaram atividade-fim da administração pública, e não meio. Situação agravada em função da consolidação dessa visão, que domina o imaginário dos atores nas esferas de poder, tornando orgânicos os discursos e as práticas e dificultando que o país estabeleça um projeto de desenvolvimento de médio e longo prazo, e persiga seus resultados.

5. Pautar, pautar, pautar a saúde na agenda política, com mobilização social constante.

Se o poder executivo federal tem força e capital político para apresentar e conduzir a aprovação de projetos de alteração e regulamentação constitucional, com a urgência e a prioridade na sua tramitação de acordo com os seus interesses e representando os interesses do setor hegemônico e do bloco no poder, tanto nacional como internacional; o movimento social deve pautar o setor saúde na agenda política, e em mobilização permanente articular as forças em defesa do SUS, oferecendo propostas, atuando junto ao executivo, e influenciando na tramitação e nos resultados da votação no parlamento. Podemos citar dois exemplos de alteração e regulamentação constitucional, referidos no capítulo 2, que são emblemáticos e que afixam a importância da atuação do movimento social junto ao poder executivo e ao parlamento: o primeiro foi a flexibilização da disciplina jurídica concernente à ordem econômica do país, quando as propostas tramitaram no legislativo um ano, em média, até a sua aprovação; o segundo exemplo foi a tramitação das propostas relativas ao financiamento da saúde (EC 29 e LC 141) que levaram, juntas, 12 anos tramitando no legislativo até a sua aprovação.

6. Lutar pela efetiva implantação da Seguridade Social.

O setor de saúde, considerado de relevância pública na CF, está consignado constitucionalmente no campo da Seguridade Social, portanto qualquer tentativa de execução dessa política fora deste campo, como demanda os interesses e as estratégias da política neoliberal, configura uma flagrante inconstitucionalidade. O legislador tanto priorizou a seguridade social que até

Considerações Finais

definiu um orçamento específico, apartado do orçamento fiscal geral e do orçamento das empresas públicas, sob o argumento de que ele proporcionaria um maior controle social sobre recursos que financiavam as políticas sociais, o que nunca ocorreu na prática em virtude dos desvios do Orçamento da Seguridade Social para financiar outras políticas. Em vários momentos ocorreram tentativas de desmonte da Seguridade Social, sendo emblemático o discurso proferido em 1993 no Congresso Nacional por Gilson Carvalho, referido no capítulo 3.

O desafio de cumprir o texto constitucional, no que se refere ao capítulo da Seguridade Social, foi destacado por Fagnani:

Na seguridade social, temos pela frente um desafio de consolidar o sistema tal como previsto na Constituição de 1988, composto de três áreas que ainda atuam de forma fragmentada – a Saúde, a Previdência Social e a Assistência Social. Na mesma perspectiva se coloca a criação do Conselho Nacional de Seguridade Social, tal como prevê o artigo 194 da Constituição da República (Fagnani, 2012, p.47).

O Sistema Único de Saúde, implantado em grande medida do ponto de vista legal, enfrenta sérias dificuldades para o seu desenvolvimento e consolidação, em função dos entraves e tensões provocadas pelas questões tratadas neste trabalho, em particular o subfinanciamento do sistema de saúde.

As mudanças no padrão de financiamento dos SUS só virão por meio de lutas, atitudes cotidianas e clareza do papel de cada ator no SUS, em um processo dialético. Esse movimento pode impulsionar transformações que, no limite, provoquem a necessidade de discussão do paradigma capitalista e o campo da saúde pública no Brasil. Ocupar espaço na arena política para consolidação do SUS, nesse seu primeiro quarto de século de existência deve ser a disposição dos atores sociais em defesa de uma política de saúde universal e integral. Para Kuhn (2009) a crise determina a mudança, e o acirramento da luta por parte dos movimentos de saúde, por uma saúde pública de qualidade, pode provocar mudanças paradigmáticas no seio do sistema capitalista no qual o SUS foi

Considerações Finais

concebido. Faz-se mais política de saúde no campo da política econômica, do que no campo da política de saúde.

Essa tese tem a pretensão de ampliar a discussão sobre o SUS, a partir da revelação do subfinanciamento do sistema que se manifesta como uma política de Estado seguida por todos os governos. Sistema esse antagônico na sua concepção e alinhado a política econômica hegemônica na sua execução.

Considerações Finais

Sem ilusões, é imperativo a superação do subfinanciamento do sistema de saúde no Brasil porque dele depende o futuro do SUS. Superar para canalizar todos os esforços na discussão da qualidade das ações e dos serviços, pois não podemos perder de vista que somente os resultados é que importam.

No desenvolvimento do trabalho de pesquisa, muito envolvido com os meandros da RCB, RCL, Gastos, PIB, Superávit, Dívida, Juros, etc...recordei, em vários momentos, o início da minha trajetória profissional na indústria têxtil, custos, preços, lucros, etc...e o produto como está?

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, José. R. Brasil: Nuevos Acuerdos Fiscales. In: Cabello Jorge R. Díaz Francisco J. Caminos para la reforma. Estrategia política de un acuerdo fiscal Primera edición: diciembre de 2013. Cieplan.

Disponível em: <http://www.undp.org/content/dam/rblac/docs/Research%20and%20Publications/Poverty%20Reduction/UNDP-RBLAC-LibroAcuerdoFiscalEnALEsp-2014.pdf>. Consultado em 22/01/2014.

AGGIO, Alberto. Regime militar e transição democrática: um balanço do caso brasileiro. Revista Estudos de Sociologia, v. 1, n. 1 (1996). Disponível em: <http://seer.fclar.unesp.br/estudos/article/view/394/771>. Consultado em: 30/9/2013.

ALMEIDA, P. Roberto de. A economia internacional no século XX: um ensaio de síntese. Revista Brasileira de Política Internacional, vol.44, n. 1. Brasília jan./jun., 2001.

BCB. Banco Central do Brasil. Boletim do Banco Central do Brasil - Relatório de finanças públicas 1998. Disponível em: <http://www.bcb.gov.br/pec/boletim/banual98/rel1998cap4p.pdf>. Consultado em: 30/9/2013

BARROS, Elizabeth M. Piola, Sérgio F.; Vianna, Solon M. Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas. Textos para discussão n. 401. Rio de Janeiro, IPEA, 1996.

BARROS, Elizabeth. As idas e vindas do financiamento da política de saúde. In: A era FHC e o governo Lula: transição? Denise Rocha, Maristela Bernardo (Orgs.). Brasília: Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2004.

BISPO, Carlos, R.; MUSSE, Juliano; S. VAZ Flávio, T.; MARTINS, Floriano, J. (Organizadores). Crise Financeira Mundial: impactos sociais e no mercado de trabalho. Brasília: ANFIP, 200 p. 2009.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte. Sessão solene de promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil. Discurso do Deputado Ulisses Guimarães. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/181880/000441849.pdf?sequence=1>. Consultado em: 30/09/2013.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da União, 1988; 5 out.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.

_____. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990a; 31 dez.

_____. INAMPS. Resolução nº 258 de 07 de janeiro de 1991. Norma Operacional Básica SUS 1991- NOB/SUS – 91. Disponível em: http://www.samu.fortaleza.ce.gov.br/legislacao/Resolucao_258_07_01_1991.pdf. Consultado em: 12/09/2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 545, de 24 de maio de 1993. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB - SUS 01/93. Diário Oficial da União, Brasília, p.6961, 24 mai. 1993. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB - SUS 01/96. Diário Oficial da União, Brasília, p.22932, 6 nov. 1996. Seção 1

Referências Bibliográficas

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência a Saúde - NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União, Brasília, p.23, 29 jan. 2001. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência a Saúde - NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial da União, Brasília, p.52, 28 fev. 2002. Seção 1.

_____. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p.1, 5 mai. 2000.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Contribuição do CNS na transição de governo e na discussão do orçamento MS-2003 no Congresso Nacional, p. 75 a 81. In: O CNS e a construção do SUS: referência estratégica para a melhoria do modelo de atenção à saúde. Brasília, 2003. 82 p. (série B. Textos básicos de saúde).

A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União 2006a; 23 de fev.

_____. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 3332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Diário Oficial da União 2006b; 29 dez.

Referências Bibliográficas

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União 2007; 30 jan.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009. 282 p. Disponível em :http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_20_anos_conass_2009.pdf. Acessado em: 11/10/2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.485, de 21 de outubro de 2009. Organiza as nomenclaturas das contas correntes referentes aos recursos federais a serem transferidos na modalidade, fundo a fundo, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal em conta específica por bloco de financiamento. 2009. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/100963-2485>. Acessado em: 9/10/2012.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União 2000; 14 set.

_____. Decreto nº 7.507, de 27 de junho de 2011. Dispõe sobre a movimentação de recursos federais transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, em decorrência das leis citadas. Diário Oficial da União 2011; 28 jun.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011a; 29 jun.

Referências Bibliográficas

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União 2012; 16 jan.

CABELLO, Jorge R. Díaz Francisco J. Macro y Microeconomía política de los acuerdos fiscales. In: Cabello Jorge R. Díaz Francisco J. Caminos para la reforma. Estrategia política de un acuerdo fiscal Primera edición: diciembre de 2013. Cieplan. Disponível em: <http://www.undp.org/content/dam/rblac/docs/Research%20and%20Publications/Poverty%20Reduction/UNDP-RBLAC-LibroAcuerdoFiscalEnALEsp-2014.pdf>. Consultado em 22/1/2014.

CAMPOS, Gastão W. S. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: Fleury S, organizador. Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006. p. 417-42.

CAMPOS, Roberto. & FERNANDEZ, Oscar L. Do liberalismo no Brasil. São Paulo. Revista da USP, 17: 62 a 73, 1993.

CARDOSO, Fernando Henrique. A soma e o resto: um olhar sobre a vida aos 80 anos; organização Miguel Darcy de Oliveira. – 4. Ed. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

CARVALHO, José Murilo de. A formação das Almas: o imaginário da República no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

CARVALHO, Gilson de Cássia M. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1998-2001. Tese de doutorado, FSP, São Paulo, 2002.

Referências Bibliográficas

_____. Gilson de Cássia M. O financiamento Portaria 204. Domingueiras, 2013. Disponível em: http://www.idisa.org.br/site/documento_8773_0_2013-27-660-domingueira-financiamento-218-pt-204.html. Consultado em 30/9/2013.

CASTORIADIS, Cornelius. A instituição imaginária da sociedade. Trad. Guy Reynaud. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

CHESNAIS, François. A teoria do regime de acumulação financeirizado: conteúdo, alcance e interrogações. *Economia e Sociedade*, Campinas, v.11, n1 (18), p. 1-44, jan/jun.2002.

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Ed.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Editoras Hucitec-Fiocruz, 2006, p. 563-613

DEL NERO, Carlos R. O que é Economia da Saúde. In: Piola, Sergio F; Vianna, Sólon M. *Economia da Saúde: Conceitos e contribuições para a Gestão de Saúde*. Brasília, DF: IPEA, 2002. Capítulo I. p. 5-20.

DRAIBE Sônia, M. As políticas sociais no neoliberalismo: reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. *Revista da USP*, 17: 86 a 101, 1993.

DORTIER, Jean-François. *Uma História das ciências humanas*. Edições Texto & Grafia, 2005.

FARIAS, Flávio B. *O Estado capitalista contemporâneo: para a crítica das visões regulacionistas*. São Paulo: Cortez, 2000. – (Coleção Questões da Nossa Época; v. 73).

FAGNANI, Eduardo. *Políticas Sociais no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade*. Tese de Doutorado em Economia – Instituto de Economia. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

Referências Bibliográficas

_____. Eduardo. Piso de Proteção Social: o debate internacional e a experiência brasileira. Texto para discussão nº 203 – Instituto de Economia. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

FERREIRA, Oliveiros S. Do liberalismo no Brasil. São Paulo. Revista da USP, 17:6 a 13, 1993.

FIOCRUZ ET AL. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. / Fundação Oswaldo Cruz... [et al.]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

FIORI, José L. A governabilidade democrática na nova ordem econômica. Revista Novos Estudos, Cebrap, n.43, Nov. 1995, p. 157-172.

_____. José L. Cosmopolitismo de Cócoras. São Paulo: Revista de Estudos Avançados, 14 (39): 21-32, maio/agosto, 2000.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):743-752, 2009. Rio de Janeiro, mai/jun. 2009.

FMI. Brazil Memorandum of Economic Policies. FMI 1999. Disponível em: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/ar/1999/s/pdf/file4s.pdf>. Consultado em: 03/12/2013.

_____. Quotas and Voice – Further Considerations. FMI 2005, Disponível em www.imf.org. Consultado em: 15/08/2013.

GADAMER, Hans-G. Verdade e método – traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Trad. Flávio Paulo Meurer. Petrópolis: vozes, 731 p. 1997.

Referências Bibliográficas

GAMBIAGI, Fabio. Política fiscal do governo Lula em perspectiva histórica: qual é o limite para o aumento do gasto público? Textos para discussão n. 1169. Rio de Janeiro, IPEA, 2006. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1169.pdf. Consultado em: 12/9/2013.

IBGE. Economia da Saúde: Uma perspectiva macroeconômica. Estudos & pesquisa, informação econômica n. 9. 2008.

Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude. Consultado em: 30/9/2013

_____. Contas Nacionais n.37. Conta-Satélite de Saúde. Brasil 2007 a 2009. 2012.

Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2007_2009/economia_saude.pdf. Consultado em: 30/9/2013

KEYNES, John Maynard. A teoria geral do emprego, do juro e da moeda. São Paulo: Nova Cultural, 1985. Coleção Os Economistas.

KUHN, Thomas, S. A estrutura das revoluções científicas; tradução Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. – São Paulo. Perspectiva, 2009.

MANDEL, Ernest. O capitalismo tardio. São Paulo: Nova Cultural, 1985. Coleção Os Economistas.

MATTEI, Lauro; MAGALHÃES Luis F. A política econômica durante o governo Lula (2003-2010): Cenários, resultados e perspectivas. In: “Nunca antes na história desse país”...? Um balanço das políticas do governo Lula. Org. Marilene de Paula. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Heinrich Böll, 2011. 152p.

MÉDICI, André C. ção de custos nas políticas de saúde. Tendências atuais e perspectivas futuras. São Paulo, jan. 1990. Mimeo.

Referências Bibliográficas

_____. Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: Balanço e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo, AdSaúde – Série Temática, Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública, 1994.

MENDES, A. N.; MARQUES, R. M. Sobre a Economia da Saúde: Campos de Avanço e sua Contribuição para a Gestão da Saúde Pública no Brasil. In: Campos, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 259-293.

MENDES, A. N. Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. São Paulo: Hucitec, 2012.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, organizador. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Editora Xamã; 1998. p. 103-20.

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, São Paulo-Rio de Janeiro, 2000.

_____. M. C. S. O conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: avaliação por triangulação de métodos. Minayo M.C. et al, orgs. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2006.

MORAES, Lecio. Crise capitalista contemporânea e suas consequências econômicas e políticas no sistema internacional. In: Bispo, C. Roberto; Musse, S. Juliano; Vaz F. Tonelli; Martins, J (Organizadores). *Crise Financeira Mundial: impactos sociais e no mercado de trabalho*. Brasília: ANFIP, p. 45-56. 2009.

MUNHOZ, Garcia, D. A fragilidade brasileira na crise pós-subprime. In: Bispo, C. Roberto; Musse, S. Juliano; Vaz F. Tonelli; Martins, J (Organizadores). *Crise*

Referências Bibliográficas

Financeira Mundial: impactos sociais e no mercado de trabalho. Brasília: ANFIP, p. 73-83. 2009.

MUSGROVE, Philip. Public and private roles in health. Theory and financing patterns. World Bank, discussion papers; 339. Washington, D.C.,1996.

NETTO, Antonio, D. Democracia, prioridades e eficiência. Valor Econômico, p. A2. 16/01/2007.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento? Trab. Educ. Saúde, v. 6 n. 3, p. 613-622, nov.2008/fev.2009;

_____. Carlos Octávio. SUS: o desafio de ser único. In: Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. Santos, Nelson, R. e Amarante, Paulo D. C. (Organizadores) - Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 324 p.

_____. Carlos Otávio. Mensuração dos Gastos Tributários: O Caso dos Planos de Saúde – 2003-2011. Nota Técnica n. 5. IPEA, Brasília, maio de 2013.

OLIVEIRA, Francisco de. A economia política da social democracia. Revista da USP, 17: p.136 a 143, 1993.

OLIVEIRA, Mariana S. Carvalho – Participação, Saúde e Direito na Assembleia Nacional Constituinte: Um Resgate do Debate. In: XIV Congresso Nacional do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito – CONPEDI, 2005, Fortaleza. XIV Congresso Nacional do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito – CONPEDI, 2005.

OLIVEIRA, Gesner; TUROLLA, Frederico A. Política econômica no segundo governo FHC: mudanças em condições adversas. Revista Tempo Social; USP; v.15; n.2; p.195-217; nov. 2003.

Referências Bibliográficas

ONOCKO CAMPOS, Rosana. T.; CAMPOS, Gastão. W. S. Ciência e Políticas Públicas em saúde: relações perigosas. *Saúde em Debate*, RJ, v. 24, n.55, p. 82-91, 2000.

ONOCKO CAMPOS, Rosana T. O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica. Tese de Doutorado. Unicamp, 2001.

OPAS. Informe Dawson. Publicación Científica N° 93, fevereiro de 1964.

OMS. Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Relatório Mundial da Saúde, 2010.

PAULANI, L. M. A crise do regime de acumulação com dominância da valorização financeira e a situação do Brasil. *Estudos Avançados*, v.23, n.66, p.25-39, 2009.

PEREIRA, Luiz C.B. Reformas econômicas em tempos anormais. São Paulo. *Revista da USP*, 17:6 a 13, 1993.

_____. Da administração pública burocrática a gerencial. *Revista do serviço público*, v. 47, n.1, p. 7-40, 1996.

RIZZOTTO, Maria L. Frizon. O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: Um processo de desmonte do SUS. Tese de doutorado, Unicamp, Campinas, SP: [s.n.], 2000.

SANTOS, Milton. Uma metamorfose política. São Paulo: Folha de São Paulo, 17 de outubro de 1999. Disponível em: http://www1.folha.uol.com.br/fof/brasil500/dc_3_3.htm. Consultado em: 17/9/2013.

SANTOS, Nelson R. O dilema estadista II de como é forjado o espaço das políticas públicas com exemplos da área de saúde. *Acervo de periódicos. Saúde em debate*; (28): 5-11, mar. 1990.

Referências Bibliográficas

_____. Sistema Único de Saúde – 2010: espaço para uma virada. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2010; 34(1): 8-19.

SANTOS, Isabela S. UGÁ, Maria Alcília D. PORTO, Silvia M. *mix* público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* v.13 n.5 Rio de Janeiro set./out. 2008

SENADO. Subemenda Substitutiva Global de Plenário ao PLP 306/ 2008. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=5E781D01D61DBEA01C31940A8B10ACCB.node2?codteor=562356&filename=PLP+306/2008. Consultado em: 30/9/2013

SILVA, José Cláudio F. E HORTA, Maria Helena T.T. As negociações financeiras internacionais do Brasil pós-FMI. *Textos para discussão* n. 64. Rio de Janeiro, IPEA, 1984.

SOARES, Adilson. Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: Uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços. São Paulo, *Cadernos de Saúde Pública*, 2007.

_____. Empréstimos Externos para o setor saúde no Brasil: soluções ou problemas. Dissertação de mestrado. PPG/SES/SP. São Paulo, 2007.

STIGLITZ, Joseph E. O que eu aprendi com a crise mundial. *Jornal Folha de São Paulo*, 15 agosto 2000. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/dinheiro/fi1504200014.htm>. Consultado: 30/09/2013.

TEIXEIRA, Rodrigo A. Dependência, desenvolvimento e dominância financeira: a economia brasileira e o capitalismo mundial. Tese de doutorado. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, USP, São Paulo, 2007.

TEIXEIRA, Rodrigo A.; PINTO, Eduardo, C. A economia política dos governos FHC, Lula e Dilma: dominância financeira, bloco no poder e desenvolvimento

Referências Bibliográficas

econômico. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 21, Número Especial, p. 909-941, dez. 2012.

TEMER, Michel. *Elementos de Direito Constitucional*. Malheiros Editores, 22^a ed. São Paulo, 2007.

TUCHMAN, Barbara W. *A marcha da insensatez: de Tróia ao Vietnã*. Rio de Janeiro: Ed. José Olympio, 1989. 3^a edição.

UGÁ, Maria Alícia, D. SANTOS, Isabel S. Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro. Projeto Economia da Saúde, Cooperação Técnica Brasil – Reino Unido. Relatório de pesquisa. Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP / FIOCRUZ. 2005. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Rel_Uma%20an%C3%A1lise%20da%20equidade%20no%20financiamento%20Setor%20Sa%C3%BAde%20Brasileiro.pdf. Consultado em: 27/09/2013.

VAZ, Flávio, T. Uma contribuição para o debate político sobre a crise de 2008 e as suas consequências. In: Bispo, C. Roberto; Musse, S. Juliano; Vaz F. Tonelli; Martins, J (Organizadores). *Crise Financeira Mundial: impactos sociais e no mercado de trabalho*. Brasília: ANFIP, p. 117-128. 2009.

VIANA, A. L. ET AL. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.

VIEIRA, F. S.; SOUZA, M. H. L. Rede de Economia da Saúde para a Gestão do SUS – Rede Ecos. *Análise Econômica*, Porto Alegre, ano 30, n. especial, p. 125-141, set. 2012.

WHO. Constitution of the World Health Organization. New York/USA, 22 jul., 1946. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Consultado em 06/12/2013.

Referências Bibliográficas

WORLD BANK. IBRD Articles of Agreement 1945. Disponível em:

http://siteresources.worldbank.org/EXTABOUTUS/Resources/IBRDArticlesOfAgreement_links.pdf. Consultado em 06/12/2013.

_____. Annual Report 1946. Washington, D.C. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/home>. Consultado em 06/12/2013.

_____. Annual Report 1947. Washington, D.C. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/home>. Consultado em 06/12/2013.

_____. Annual Report 1987. Washington, D.C. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/home>. Consultado em 06/12/2013.

_____. Financing Health Services in Developing Countries: An agenda for reform, Washington D.C, 1987. Disponível em: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/1999/09/23/000178830_98101903343495/Rendered/PDF/multi_page.pdf. Consultado em 06/12/2013.

_____. Annual Report 1993. Washington, D.C. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/home>. Consultado em 06/12/2013.

_____. Annual Report 2003. Washington, D.C. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/home>. Consultado em 06/12/2013.

VI. APÊNDICE ESTATÍSTICO							
QUADRO A: Descrição das Emendas Constitucionais - EC - Publicadas no Período de 06/10/1988 a 30/09/2013							
EMENDAS CONSTITUCIONAIS - EC			ORIGEM DA EMENDA CONSTITUCIONAL				TEMA
EC	Data Publicação	Assunto	Número	Origem	Autoria	Partido	Enquadramento
EC nº 1	06/04/1992	Dispõe sobre a remuneração dos Deputados Estaduais e dos Vereadores.	PEC 61/1990	Senado Federal	Nelson Carneiro	PMDB/RJ	Político. Remuneração Deputados e Vereadores
EC nº 2	01/09/1992	Dispõe sobre o plebiscito previsto no art. 2º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Antecipa para 07 de setembro de 1992 o plebiscito que definirá a forma de governo.	PEC 51/1990	Senado Federal	José Serra	PSDB/SP	Político. Plebiscito e eleições
EC nº 3	18/03/1993	Altera os arts. 40, 42, 102, 103, 150, 155, 156, 160, 167 da Constituição Federal. Alterando o artigo 146, 149, 150, 153, 155, 158, 159 e o artigo 161 da Constituição Federal de 1988, que tratam da tributação, como o objetivo de promover o ajuste fiscal. E criar o IPMF.	PEC 48/1991	Câmara Deputados	Luiz Carlos Hauly	PMDB/PR	Tributário. Impostos. Competência dos Entes Federados. Cria IPMF.
EC nº 4	15/09/1993	Dá nova redação ao art. 16 da Constituição Federal. "Art. 16. A lei que alterar o processo eleitoral entrará em vigor na data de sua publicação, não se aplicando à eleição que ocorra até um ano da data de sua vigência".	PEC 45/1991	Câmara Deputados	Genebaldo Correa	PMDB/BA	Político. Eleições
EC nº 5	16/08/1995	Altera o § 2º do art. 25 da Constituição Federal. Flexibilizando a exploração dos serviços locais de gás canalizado, permitindo o investimento privado e maior concorrência no setor; mantém a competência dos Estados diretamente ou mediante concessão, sobre esta atividade e estabelece a possibilidade de manutenção das atuais empresas estatais, a critério do poder estadual concedente, alterando dispositivos da constituição federal). (PLANO FHC).	PEC 4/1995	Poder Executivo	Poder Executivo		Econômico. Executivo. Plano FHC. flexibilização da disciplina jurídica concernente à ordem econômica do País. Flexibilização Serviços de Gás.

Apêndice estatístico

EC nº 7	16/08/1995	Altera o art. 178 da Constituição Federal e dispõe sobre a adoção de Medidas Provisórias. Retira da Constituição Federal dispositivos sobre a utilização de barcos de pesca, transporte e granéis, a predominância de armadores nacionais, navios de bandeira e registros brasileiros no comércio internacional ou mesmo a definição de embarcações nacionais, estabelecendo que lei disciplinará a navegação de cabotagem e de interior. (PLANO FHC).	PEC 7/1995	Poder Executivo	Poder Executivo		Econômico. Executivo. Plano FHC. flexibilização da disciplina jurídica concernente à ordem econômica do País. Flexibilização Navegação, Pesca, Transporte Marítimo
EC nº 8	16/08/1995	Altera o inciso XI e a alínea "a" do inciso XII do art. 21 da Constituição Federal. Flexibilizar a restrição que impõe a União Federal, exclusiva exploração de serviços públicos de telecomunicações, por empresa sob controle acionário estatal, sem despir-se o Estado de rígido poder regulador, fiscalização e controle. (PLANO FHC).	PEC 3/1995	Poder Executivo	Poder Executivo		Econômico. Executivo. Plano FHC. flexibilização da disciplina jurídica concernente à ordem econômica do País. Flexibilização Serviços Telecomunicações
EC nº 6	16/08/1995	Altera o inciso IX do art. 170, o art. 171 e o § 1º do art. 176 da Constituição Federal. Objetivando eliminar a distinção entre empresa brasileira de capital nacional, o tratamento especial concedido a esta última, inclusive no que diz respeito a aquisição de bens e serviços por parte do poder público; no tratamento favorecido a empresa de pequeno porte e retirando a exclusividade da pesquisa e lavra de recursos minerais e o aproveitamento de potenciais de energia hidráulica por empresas brasileira de capital nacional, viabilizando a atração de investimentos estrangeiros para o setor de mineração e energia elétrica. (PLANO FHC).	PEC 5/1995	Poder Executivo	Poder Executivo		Econômico. Executivo. Plano FHC. flexibilização da disciplina jurídica concernente à ordem econômica do País. Flexibilização Serviços de Mineração e Energia Elétrica
EC nº 9	10/11/1995	Dá nova redação ao art. 177, da Constituição Federal, alterando e inserindo parágrafos. Visando flexibilizar o monopólio do petróleo de forma que a União passa a controlar com empresas privadas a realização das atividades de pesquisa e lavra de petróleo e gás natural, refino de petróleo, importação e exportação de petróleo, gás e derivados, bem como o transporte marítimo de petróleo, derivados e gás natural, inclusive por meio de dutos, devendo a Lei Ordinária regular as condições contratuais concernentes.. (PLANO FHC).	PEC 6/1995	Poder Executivo	Poder Executivo		Econômico. Executivo. Plano FHC. flexibilização da disciplina jurídica concernente à ordem econômica do País. Flexibilização Monopólio Estatal do Petróleo

Apêndice estatístico

EC nº 10	07/03/1996	Altera os arts. 71 e 72 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, introduzidos pela Emenda Constitucional de Revisão n.º 1, de 1994. Prorrogando a vigência do Fundo Social de Emergência até o exercício financeiro de 1999.	PEC 163/1995	Poder Executivo	Poder Executivo		Fiscal. Finanças Públicas. Normas. Cria Fundo Estabilização Fiscal- FEF
EC nº 11	02/05/1996	Permite a admissão de professores, técnicos e cientistas estrangeiros pelas universidades brasileiras e concede autonomia às instituições de pesquisa científica e tecnológica.	PEC 182/1994	Câmara Deputados	Sérgio Arouca	PPS/RJ	Administrativo. Executivo. Normas. Educação e Pesquisa Científica e Tecnológica
EC nº 12	16/08/1996	Outorga competência à União, para instituir contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira.	PEC 256/1995	Câmara Deputados	Roberto Pessoa	PFL/CE	Tributário. CPMF. Institui. Exclusivo para Saúde.
EC nº 13	22/08/1996	Dá nova redação ao inciso II do art. 192 da Constituição Federal. Objetiva a inclusão da atividade de resseguro na flexibilização do monopólio.	PEC 48/1995	Câmara Deputados	Cunha Bueno	PPR/SP	Monetário. Mercado Financeiro. Resseguros. Flexibilização Monopólio Seguros.
EC nº 14	13/09/1996	Modifica os arts. 34, 208, 211 e 212 da Constituição Federal e dá nova redação ao art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Define a responsabilidade dos diferentes níveis de governo no atendimento das necessidades educacionais, no que se refere a obrigatoriedade da educação fundamental, criando o fundo de desenvolvimento do ensino fundamental e valorização do magistério; e estabelecendo a autonomia das universidades e demais instituições de ensino superior e de pesquisa.	PEC 233/1995	Poder Executivo	Poder Executivo		Administrativo. Executivo. Normas. Educação. Competências dos Entes Federados. Criação Fundo Educação.
EC nº 15	13/09/1996	Dá nova redação ao § 4º do art. 18 da Constituição Federal. Restringe a criação de municípios na época das eleições exigindo a publicação dos estudos de viabilidade municipal	PEC 41/1991	Câmara Deputados	Cesar Bandeira	PFL/MA	Político. Restrição Criação de Municípios

Apêndice estatístico

EC nº 16	05/06/1997	Dá nova redação ao § 5º do art. 14, ao "caput" do art. 28, ao inciso II do art. 29, ao "caput" do art. 77 e ao art. 82 da Constituição Federal. Permite a reeleição de presidente da república, governadores de Estado e do Distrito Federal, prefeitos e quem houver sucedido ou substituído nos seis meses anteriores ao pleito.	PEC 1/1995	Câmara Deputados	Mendonça Filho	PFL/PE	Político. Permissão Reeleição Presidentes Governadores e Prefeitos.
EC nº 17	25/11/1997	Altera dispositivos dos arts. 71 e 72 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, introduzidos pela Emenda Constitucional de Revisão n. 1, de 1994. Prorroga até 31 de dezembro de 1999 o Fundo de Estabilização Fiscal – FEF.	PEC 449/1997	Poder Executivo	Poder Executivo		Fiscal. Finanças Públicas. Normas. Prorroga Fundo de Estabilização Fiscal - FEF.
EC nº 18	06/02/1998	Dispõe sobre o regime constitucional dos militares.	PEC 338/1996	Poder Executivo	Poder Executivo		Administrativo. Executivo. Normas. Regime Militar
EC nº 19	05/06/1998	Modifica o regime e dispõe sobre princípio e normas da Administração Pública, Servidores e Agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências.	PEC 173/1995	Poder Executivo	Poder Executivo		Administrativo. Executivo. Normas. Reforma Administrativa
EC nº 20	16/12/1998	Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências.	PEC 33/1995	Poder Executivo	Poder Executivo		Previdência. Previdência Social. Modifica Sistema
EC nº 22	19/03/1999	Acrescenta parágrafo único ao art. 98 e altera as alíneas "i" do inciso I do art. 102, e "c" do inciso I do art. 105 da Constituição Federal. Estabelece que a Lei Federal disporá sobre a criação de juizados especiais no âmbito da justiça.	PEC 526/1997	Poder Executivo	Poder Executivo		Administrativo. Judiciário. Juizados Especiais
EC nº 21	19/03/1999	Prorroga, alterando a alíquota, a contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e de direitos de natureza financeira, a que se refere o art. 74 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.	PEC 637/1999	Câmara Deputados	Élcio Álvares	PFL/ES	Tributário. CPMF. Prorroga 36 meses. Altera alíquota.

Apêndice estatístico

EC nº 23	03/09/1999	Altera os arts. 12, 52, 84, 91, 102, e 105 da Constituição Federal (criação do Ministério da Defesa).	PEC 626/1998	Poder Executivo	Poder Executivo		Administrativo. Executivo. Normas. Criação Ministério Defesa
EC nº 24	10/12/1999	Altera dispositivos da Constituição Federal pertinente à representação classista na Justiça do Trabalho.	PEC 33/1999	Câmara Deputados	Gilberto Miranda	PMDB/AM	Administrativo. Judiciário. Justiça Trabalho. Altera Dispositivos CF. Representação Classista.
EC nº 26	15/02/2000	Altera a redação do art. 6º da Constituição Federal. "Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição".	PEC 601/1998	Câmara Deputados	Mauro Miranda	PMDB/GO	Legislativo. Constituição Federal. Inclusão Moradia na Política de Direito.
EC nº 27	22/03/2000	Acrescenta o art. 76 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, instituindo a desvinculação de arrecadação de impostos e contribuições sociais da União.	PEC 85/1999	Poder Executivo	Poder Executivo		Fiscal. Finanças Públicas. Normas. Institui DRU
EC nº 28	26/05/2000	Dá nova redação ao inciso XXIX do art. 7º e revoga o art. 233 da Constituição Federal. Igualando o prazo prescricional de cinco anos para que os trabalhadores urbanos e rurais impetrem ações quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho.	PEC 7/1999	Senado Federal	Osmar Dias	PSDB/PR	Trabalhista. Igualdade direitos Trabalhadores Urbanos e Rurais
EC nº 25	14/09/2000	Altera o inciso VI do art. 29 e acrescenta o art. 29-A à Constituição Federal, que dispõem sobre limites de despesas com o Poder Legislativo Municipal.	PEC 627/1998	Senado Federal	Esperidião Amin	PPB/SC	Político. Limite Gastos Câmaras Municipais
EC nº 30	14/09/2000	Altera a redação do art. 100 da Constituição Federal e acrescenta o art. 78 no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, referente ao pagamento de precatórios judiciais.	PEC 407/1996	Câmara Deputados	Luciano Castro	PSDB/RR	Administrativo. Normas. Pagamento Precatório.
EC nº 29	14/09/2000	Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.	PEC 169/1993 - PEC 82/1995	Câmara Deputados	Waldir Pires, Eduardo Jorge, outros - Carlos Mosconi	PMDB/RS, PT/SP-PSDB/MG	Saúde. Define. Recursos mínimos para Ações e Serviços de Saúde

Apêndice estatístico

EC nº 31	15/12/2000	Altera o Ato das Disposições Transitórias, introduzindo artigos que criam o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.	PEC 249/2000	Senado Federal	Antônio Carlos Magalhães	PFL/BA	Administrativo. Executivo. Institui o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. Até 31/12/2010
EC nº 32	12/09/2001	Altera dispositivos dos arts. 48, 57, 61, 62, 64, 66, 84, 88 e 246 da Constituição Federal, e dá outras providências. Estabelece critério para edição de medida provisória, proibindo a reedição, na mesma seção legislativa de medida que tenha sido objeto de rejeição ou tenha pedido a sua eficácia por decurso de prazo, que no caso Ed de noventa dias, admitida a prorrogação por igual período.	PEC 472/1997	Senado Federal	Esperidião Amin	PPB/SC	Legislativo. Critérios Edição Medida Provisória
EC nº 33	12/12/2001	Altera os arts. 149, 155 e 177 da Constituição Federal. Dispondo que as Contribuições Sociais e de Domínio Econômico - CIDE – não incidirão sobre as receitas decorrentes de exportação. Contudo poderão incidir sobre a importação de bens ou serviços recebidos do exterior, inclusive energia elétrica, serviços de telecomunicação, derivados de petróleo e combustíveis.	PEC 277/2000	Poder Executivo	Poder Executivo		Tributário. Normas. Contribuições Sociais e de Intervenção no Domínio Econômico.
EC nº 34	14/12/2001	Dá nova redação à alínea c do inciso XVI do art. 37 da Constituição Federal. Estabelece que é assegurado o exercício cumulativo de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde na administração pública direta ou indireta.	PEC 308/1996	Câmara Deputados	Jandira Fegali	PCdoB/RJ	Saúde. Acumulação de Cargos Saúde
EC nº 35	21/12/2001	Dá nova redação ao art. 53 da Constituição Federal, dispondo que o STF, recebida denúncia após defesa preliminar, solicitará a casa respectiva licença para instaurar processo penal.	PEC 610/1998	Senado Federal	Ronaldo Cunha Lima	PMDB/PB	Legislação. Judiciário. STF. Solicita Licença para Instaurar Ação Penal.
EC nº 36	29/05/2002	Dá nova redação ao art. 222 da Constituição Federal, para permitir a participação de pessoas jurídicas no capital social de empresas jornalísticas e de radiodifusão sonora e de sons e imagens, nas condições que especifica.	PEC 203/1995	Câmara Deputados	Laprovita Vieira	PPB/RJ	Econômico. Norma. Setor de Comunicação. Participação Capital Social
EC nº 37	13/06/2002	Altera os arts. 100 e 156 da Constituição Federal e acrescenta os arts. 84, 85, 86, 87 e 88 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Prorrogando a vigência da CPMF até 31 de dezembro de 2004, vigindo a Lei 9311, de 1996 até essa data. (Por	PEC 407/2001	Poder Executivo	Poder Executivo		Tributário. CPMF. Prorroga

Apêndice estatístico

		desmembramento da PEC 382/01).					
EC nº 38	13/06/2002	Acrescenta o art. 89 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, incorporando os policiais militares do extinto Território Federal de Rondônia aos Quadros da União.	PEC 289/2000	Poder Executivo	Poder Executivo		Administrativo. Executivo. Normas. Incorporando Policiais Militares Rondonia aos Quadros União.
EC nº 39	20/12/2002	Acrescenta o art. 149-A à Constituição Federal (instituindo contribuição para custeio do serviço de iluminação pública nos Municípios e no Distrito Federal).	PEC 559/2002	Senado Federal	Álvaro Dias	PDT/PR	Tributário. Normas. Institui Contribuição Custeio Energia Elétrica.
EC nº 40	30/05/2003	Altera o inciso V do art. 163 e o art. 192 da Constituição Federal, e o caput do art. 52 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Estabelece que a Lei Complementar disporá sobre a fiscalização financeira da administração pública e sobre o sistema financeiro nacional, em todas as partes que compõem, abrangendo as cooperativas de crédito e a participação do capital estrangeiro nas instituições financeiras que o integram.	PEC 53/1999	Câmara Deputados	José Serra	PSDB/SP	Administrativo. Executivo. Normas. Fiscalização Sistema Financeiro Administração Pública
EC nº 41	31/12/2003	Modifica os arts. 37, 40, 42, 48, 96, 149 e 201 da Constituição Federal, revoga o inciso IX do § 3º do art. 142 da Constituição Federal e dispositivos da Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, e dá outras providências. Atribui competência ao STF para fixar os subsídios de seus membros que valerá como teto de remuneração e de proventos dos servidores públicos e dos agentes políticos. Estabelece critérios de contribuição para o servidor inativo e fixando a base de cálculo para a aposentadoria. Extingue as regras de transição para a aposentadoria voluntária, com ressalvas de opção de redução do valor para cada ano de antecipação. Institui a "Reforma Previdenciária" ou "Reforma da Previdência Social". Altera a Constituição Federal de 1988.	PEC 40/2003	Poder Executivo	Poder Executivo		Previdência. Normas. Reforma da Previdência Social. Alterada (EC 47/2004)
EC nº 42	31/12/2003	Altera o Sistema Tributário Nacional e dá outras providências.	PEC 41/2003	Poder Executivo	Poder Executivo		Tributário. Normas. Reforma Tributária. Alterada (EC 44/2003)

Apêndice estatístico

EC nº 43	16/04/2004	Altera o art. 42 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, prorrogando, por 10 (dez)anos, a aplicação, por parte da União, de percentuais mínimos do total dos recursos destinados à irrigação nas Regiões Centro-Oeste e Nordeste.	PEC 254/2000	Senado Federal	Mauro Miranda	PMDB/GO	Fiscal. Normas. Prorrogação de Aplicação de Percentual Mínimo para Irrigação.
EC nº 44	01/07/2004	Altera o Sistema Tributário Nacional e dá outras providências.Dispõe sobre a tributação do ICMS que terá alíquotas uniformes em todo o Território Nacional, em número máximo de cinco, cobradas no Estado de origem, aprovadas por Resolução do Senado Federal, dentre outras modificações. Altera a Constituição Federal de 1988, inclui a Emenda à Constituição nº 42, de 2003 - Reforma Tributária. (Texto oriundo do desmembramento da PEC nº 74 /03, no Senado (PEC 74-A/03-SF), correspondente a PEC nº 41/03, na Câmara).	PEC 228/2004	Poder Executivo	Poder Executivo		Tributário. Normas. Reforma Tributária. Alterou (EC 42/2003)
EC nº 45	31/12/2004	Altera dispositivos dos arts. 5º, 36, 52, 92, 93, 95, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 111, 112, 114, 115, 125, 126, 127, 128, 129, 134 e 168 da Constituição Federal, e acrescenta os arts. 103-A, 103-B, 111-A e 130-A, e dá outras providências.Introduz modificações na estrutura do Poder Judiciário. Nova Ementa da Emenda Constitucional Nº 45:	PEC 96/1992	Câmara Deputados	Hélio Bicudo	PT/SP	Administrativo. Normas. Alteração Estrutura Poder Judiciário
EC nº 46	06/05/2005	Altera o inciso IV do art. 20 da Constituição Federal. Exclui dos bens da União ou dos Estados, as ilhas oceânicas e costeiras que integram território do município	PEC 575/1998	Câmara Deputados	Edison Andrino	PMDB/SC	Patrimonial. Executivo. Ilhas Costeiras Passa aos Municípios.
EC nº 47	06/07/2005	Altera os arts. 37, 40, 195 e 201 da Constituição Federal, para dispor sobre a previdência social, e dá outras providências.	PEC 227/2004	Senado Federal	Ideli Salvatti	PT/SC	Previdência. Normas. Reforma da Previdência Social. Alterou (EC 42/2002)
EC nº 48	11/08/2005	Acrescenta o § 3º ao art. 215 da Constituição Federal, instituindo o Plano Nacional de Cultura.	PEC 306/2000	Câmara Deputados	Gilmar Macado	PT/MG	Administrativo. Executivo. Plano Nacional da Cultura
EC nº 49	09/02/2006	Altera a redação da alínea b e acrescenta alínea c ao inciso XXIII do caput do art. 21 e altera a redação do inciso V do caput do art. 177 da Constituição Federal para excluir do monopólio da União a produção, a comercialização e a utilização de radioisótopos de meia-vida curta, para usos ...	PEC 199/2003	Senado Federal	Jorge Bornhausen	PFL/SC	Econômico. Executivo. Exclui Monopólio da União de pesquisa, enriquecimento, industrialização, comércio...de elemento radioativo.

Apêndice estatístico

EC nº 51	15/02/2006	Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. Altera o Inciso II do art. 37 da Constituição Federal, permitindo a contratação pela administração pública de agentes comunitários de saúde através do processo seletivo público.	PEC 7/2003	Câmara Deputados	Maurício Rands	PT/PE	Saúde. Normas. Permite a Contratação de agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate à Endemias.
EC nº 50	15/02/2006	Modifica o art. 57 da Constituição Federal. PROIBE A INTERRUPÇÃO DA SESSÃO LEGISLATIVA SEM A APROVAÇÃO DO ORÇAMENTO ANUAL; ALTERANDO A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. Dispõe que o Congresso Nacional reunir-se-á de 2 de fevereiro a 17 de julho e de 1º de agosto a 22 de dezembro, reduzindo o período de Recesso Parlamentar (Redação Final).	PEC 347/1996	Câmara Deputados	Nícias Ribeiro	PMDB/PA	Político. Normas. Define Período de Reunião do Congresso Nacional
EC nº 52	09/03/2006	Dá nova redação ao § 1º do art. 17 da Constituição Federal para disciplinar as coligações eleitorais.	PEC 548/2002	Senado Federal	Bernardo Cabral	PFL/AM	Político. Disciplina Coligações Eleitorais
EC nº 53	20/12/2006	Dá nova redação aos arts. 7º, 23, 30, 206, 208, 211 e 212 da Constituição Federal e ao art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Estabelecendo que a União complementará os recursos do FUNDEF - Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério, de modo que seja atingido o valor mínimo por aluno definido nacionalmente e não haja redução do gasto por aluno do ensino fundamental que foi praticado até dezembro do ano de 1997, em cada Município, Estado ou DF. Alterando a Constituição Federal de 1988. Cria o FUNDEB - Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação.	PEC 536/1997	Câmara Deputados	Valdemar Costa Neto	PL/SP	Administrativo. Executivo. Educação. Recursos Adicionais FUNDEF e Cria FUNDEB
EC nº 54	21/09/2007	Dá nova redação à alínea c do inciso I do art. 12 da Constituição Federal e acrescenta art. 95 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, assegurando o registro nos consulados de brasileiros nascidos no estrangeiro.	PEC 272/2000	Senado Federal	Lucio Alcantara	PSDB/CE	Administrativo. Executivo. Registro Nascimento de Brasileiros nos Consulados.
EC nº 55	21/09/2007	Altera o art. 159 da Constituição Federal, aumentando a entrega de recursos pela União ao Fundo de Participação dos Municípios.	PEC 58/2007	Poder Executivo	Poder Executivo		Tributário. Critério Distribuição FPM. Aumento Recursos aos Municípios

Apêndice estatístico

EC nº 56	21/12/2007	Prorroga o prazo previsto no caput do art. 76 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e dá outras providências. Prorrogando a vigência da desvinculação de arrecadação da União .	PEC 50/2007	Poder Executivo	Poder Executivo		Fiscal. Prorroga DRU até 31/12/2011
EC nº 57	18/12/2008	Acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para convalidar os atos de criação, fusão, incorporação e desmembramento de Municípios.	PEC 495/2006	Senado Federal	Luiz Otávio	PMDB/PA	Legislativo. Convalidação. Atos de Criação, Fusão e desmembramento de municípios até 31/12/2006
EC nº 58	24/09/2009	Altera a redação do inciso IV do caput do art. 29 e do art. 29-A da Constituição Federal, tratando das disposições relativas à recomposição das Câmaras Municipais.	PEC 336/2009	Senado Federal	Senado Federal		Político. Recomposição das Câmaras Municipais. Aumento Número Vereadores
EC nº 65	11/11/2009	Altera a denominação do Capítulo VII do Título VIII da Constituição Federal e modifica o seu art. 227, para cuidar dos interesses da juventude.	PEC 138/2003	Câmara Deputados	Sandes Júnior	PP/GO	Legislativo. Constituição Federal. Inclusão dos Interesses da Juventude. Estatuto e Plano Nacional
EC nº 61	12/11/2009	Altera o art. 103-B da Constituição Federal, para modificar a composição do Conselho Nacional de Justiça.	PEC 324/2009	Senado Federal	Demóstenes Torres	DEM/GO	Administrativo. Judiciário. Altera.Composição Conselho Nacional de Justiça
EC nº 59	12/11/2009	Acrescenta § 3º ao art. 76 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para reduzir, anualmente, a partir do exercício de 2009, o percentual da Desvinculação das Receitas da União incidente sobre os recursos destinados à manutenção e desenvolvimento do ensino de que trata o art. 212 .	PEC 277/2008	Senado Federal	Ideli Salvatti	PT/SC	Fiscal. Extinção. DRU. Orçamento da Educação. A partir do exercício de 2011
EC nº 60	12/11/2009	Altera o art. 89 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para dispor sobre o quadro de servidores civis e militares do ex-Território Federal de Rondônia.	PEC 483/2005	Senado Federal	Fátima Cleide	PT/RO	Administrativo. Executivo. Normas. Extingue. Quadro de servidores da União em Rondonia
EC nº 62	10/12/2009	Altera o art. 100 da Constituição Federal e acrescenta o art. 97 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, instituindo regime especial de pagamento de precatórios pelos Estados, Distrito Federal e Municípios.	PEC 47/2003	Senado Federal	Antonio Carlos Valadares	PSB/SE	Administrativo. Normas. Institui. Regime especial de Pagamento Precatórios
EC nº 63	05/02/2010	Altera o § 5º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre piso salarial profissional nacional e diretrizes para os Planos de Carreira de agentes comunitários de saúde e de agentes de combate às endemias.	PEC 391/2009	Câmara Deputados	Raimundo Gomes Matos	PSDB/CE	Saúde. Normas. Defini. Lei Ordinária Definirá Piso Salarial. Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate á Endemias.

Apêndice estatístico

EC nº 64	05/02/2010	Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social.	PEC 47/2003	Senado Federal	Antonio Carlos Valadares	PSB/SE	Legislativo. Constituição Federal. Inclusão Alimentação na Política de Direito.
EC nº 66	14/07/2010	Dá nova redação ao § 6º do art. 226 da CF, que dispõe sobre a dissolubilidade do casamento civil pelo divórcio, suprimindo o requisito de prévia separação judicial por mais de 1 (um) ano ou de comprovada separação de fato por mais de 2 anos.	PEC 413/2005	Câmara Deputados	Antonio Carlos Biscaia	PT/RJ	Legislação. Divórcio. Suprime Requisitos. Dissolubilidade Casamento Civil
EC nº 67	23/12/2010	Prorroga, por tempo indeterminado, o prazo de vigência do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.	PEC 507/2010	Câmara Deputados	Antonio Carlos Junior	DEM/BA	Administrativo. Executivo. Prorrogação. Tempo Indeterminado. Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.
EC nº 68	22/12/2011	Altera o art. 76 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Prorroga a vigência da DRU até 31 de dezembro de 2015	PEC 61/2011	Poder Executivo	Poder Executivo		Fiscal. Prorroga DRU até 31/12/2015
EC nº 69	30/03/2012	Altera os arts. 21, 22 e 48 da Constituição Federal, para transferir da União para o Distrito Federal as atribuições de organizar e manter a Defensoria Pública do Distrito Federal.	PEC 445/2009	Câmara Deputados	Gim Argello	PTB/DF	Administrativo. Transfere. Atribuição da União para o DF. Organizar e Manter a Defensoria Pública do DF
EC nº 70	30/03/2012	Acrescenta art. 6º-A à Emenda Constitucional nº 41, de 2003, para estabelecer critérios para o cálculo e a correção dos proventos da aposentadoria por invalidez dos servidores públicos que ingressaram no serviço público até a data da publicação daquela EC.	PEC 270/2008	Câmara Deputados	Andreia Zito	PSDB/RJ	Previdência. Normas. Reforma da Previdência Social. Acrescenta Artigo a EC 41. Aposentadoria por Invalidez
EC nº 71	30/11/2012	Acrescenta o art. 216-A à Constituição Federal para instituir o Sistema Nacional de Cultura.	PEC 416/2005	Câmara Deputados	Paulo Pimenta	PT/RS	Administrativo. Executivo. Institui. Sistema Nacional da Cultura
EC nº 72	03/04/2013	Altera a redação do parágrafo único do art. 7º da Constituição Federal para estabelecer a igualdade de direitos trabalhistas entre os trabalhadores domésticos e os demais trabalhadores urbanos e rurais.	PEC 478/2010	Câmara Deputados	Carlos Bezerra	PMDB/MT	Trabalhista. Iguala direitos Trabalhadores Domésticos, Urbanos e Rurais
EC nº 73	07/06/2013	Cria os Tribunais Regionais Federais da 6ª, 7ª, 8ª e 9ª Regiões.	PEC 544/2002	Senado Federal	ARLINDO PORTO	PTB/MG	Administrativo. Judiciário. Cria. Tribunais Regionais Federais

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Congresso Nacional

QUADRO B: Descrição das Leis Complementares - LC – Publicadas de 06/10/1988 a 30/09/2013							
LEIS COMPLEMENTARES – LC			ORIGEM DA LEI COMPLEMENTAR				TEMA
LC	Data Publicação	Assunto	Número	Origem	Autoria	Partido	Enquadramento
LC nº 59	22/12/1988	Dá nova redação ao § 3º do art. 91 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional). Considera-se os municípios regularmente instalados, fazendo-se a revisão das quotas nos anos milésimos zero e cinco, com base nos dados oficiais de população.	PLP 28/1988	Câmara Deputados	Oswaldo Bender	PDS/RS	Tributário. Código Tributário Nacional. Alteração. Critério Distribuição FPM
LC nº 60	06/10/1989	Possibilita afastamento de magistrados dirigentes de classe.	PLP 18/1988	Câmara Deputados	Tito Costa	PSDB/SP	Administrativo. Judiciário
LC nº 61	26/12/1989	Estabelece normas para a participação dos Estados e do Distrito Federal no produto da arrecadação do IPI, relativamente às exportações.	PLP 118/1989	Câmara Deputados	Oswaldo Macedo	PMDB/PR	Tributário. Critério Distribuição IPI
LC nº 62	28/12/1989	Estabelece normas sobre o cálculo, a entrega e o controle das liberações dos recursos dos Fundos de Participação e dá outras providências.	PLP 104/1989	Câmara Deputados	Firno de Castro	PMDB/CE	Tributário. Critério Distribuição FPE e FPM
LC nº 63	11/01/1990	Dispõe sobre critérios e prazos de crédito das parcelas do produto da arrecadação de impostos de competência dos Estados e de transferências por estes recebidas, pertencentes aos Municípios, e dá outras providências.	PLP 177/1989	Câmara Deputados	Ibsen Pinheiro	PMDB/RS	Tributário. Critério Distribuição ICMS e IPVA
LC nº 64	18/05/1990	Estabelece, de acordo com o art. 14, § 9º, da Constituição Federal, casos de inelegibilidade, prazos de cessação e determina outras providências.	PLP 231/1990	Senado Federal	Jarbas Passarinho	PDS/PA	Político. Casos Inelegibilidade

Apêndice estatístico

LC nº 65	15/04/1991	Define na forma da alínea "a" do inciso X do art. 155 da Constituição, os produtos semi-elaborados que podem ser tributados pelos Estados e Distrito Federal, quando de sua exportação para o exterior.	PLP 170/1989	Senado Federal	Fernando Henrique Cardoso	PSDB/SP	Tributário. Produtos ICMS
LC nº 66	12/06/1991	Dispõe sobre a composição do Conselho Deliberativo da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste - SUDENE.	PLP 242/1990	Poder Executivo	Poder Executivo		Administrativo. Executivo. Conselho SUDENE. Revogada (LC 125/2007)
LC nº 67	13/06/1991	Dispõe sobre a composição do Conselho Deliberativo da Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia - SUDAM.	PLP 240/1990	Poder Executivo	Poder Executivo		Administrativo. Executivo. Conselho SUDAN. Revogada (LC 124/2007)
LC nº 68	13/06/1991	Dispõe sobre a composição do Conselho de Administração da Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA.	PLP 241/1990	Poder Executivo	Poder Executivo		Administrativo. Executivo. Conselho SUFRAMA. Revogada (LC 134/2010)
LC nº 69	23/07/1991	Dispõe sobre as normas gerais para a organização, o preparo e o emprego das Forças Armadas.	PLP 181/1989	Poder Executivo	Poder Executivo		Administrativo. Executivo. Normas Forças Armadas. Revogada (LC 97/1999)
LC nº 70	30/12/1991	Institui contribuição para financiamento da Seguridade Social, eleva a alíquota da contribuição social sobre o lucro das instituições financeiras e dá outras providências.	PLP 91/1991	Poder Executivo	Poder Executivo		Tributário. Institui Cofins
LC nº 71	03/09/1992	Dá nova redação ao art 3º da Lei Complementar nº 62, de 28 de dezembro de 1989, que "estabelece normas sobre o cálculo, a entrega e o controle das liberações dos recursos dos Fundos de Participação e dá outras providências".	PLP 97/1992	Senado Federal	Marluce Pinto	PTB/RR	Tributário. Critério Distribuição FPE e FPM. Alteração

Apêndice estatístico

LC nº 72	29/01/1993	Prorroga a Lei que estabelece normas sobre o cálculo, a entrega e o controle das liberações dos recursos dos Fundos de Participação e dá outras providências.	PLP 136/1992	Câmara Deputados	João Rosa	PFL/MG	Tributário. Critério Distribuição FPE e FPM. Prorrogação
LC nº 73	10/02/1993	Institui a Lei Orgânica da Advocacia-Geral da União e dá outras providências.	PLP 73/1991	Poder Executivo	Poder Executivo		Administrativo. Executivo. Advocacia-Geral da União
LC nº 74	30/04/1993	Estabelece normas sobre a fixação de coeficientes no Fundo de Participação dos Municípios e dá outras providências.	PLP 147/1993	Câmara Deputados	Luis Eduardo	PFL/BA	Tributário. Critério Distribuição FPM
LC nº 75	20/05/1993	Dispõe sobre a organização, as atribuições e o estatuto do Ministério Público da União.	PLP 69/1989	Ministério Público União	Ministério Público União		Administrativo. Organiza Ministério Público Federal
LC nº 76	06/07/1993	Dispõe sobre o procedimento contraditório especial, de rito sumário, para o processo de desapropriação de imóvel rural, por interesse social, para fins de reforma agrária.	PLP 71/1989	Câmara Deputados	Amaury Muller	PDT/RS	Administrativo. Executivo. Reforma Agrária
LC nº 77	13/07/1993	Institui o Imposto Provisório sobre a Movimentação ou a Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira - IPMF e dá outras providências.	PLP 153/1993	Poder Executivo	Poder Executivo		Tributário. Institui IPMF
LC nº 78	30/12/1993	Disciplina a fixação do número de Deputados, nos termos do art. 45, § 1º da Constituição Federal.	PLP 165/1993	Câmara Deputados	Genebaldo Correa	PMDB/BA	Político. Fixa Número Deputados
LC nº 79	07/01/1994	Cria o Fundo Penitenciário Nacional - FUNPEN, e dá outras providências.	PLP 146/1993	Poder Executivo	Poder Executivo		Administrativo. Executivo. Cria Fundo Penitenciário
LC nº 80	12/01/1994	Organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e dá outras providências.	PLP 145/1993	Poder Executivo	Poder Executivo		Administrativo. Organiza Defensoria Pública da União

Apêndice estatístico

LC nº 81	13/04/1994	Altera a redação da alínea "b" do inciso I do art. 1º da Lei Complementar nº 64, de 18 de maio de 1990, para elevar de três para oito anos o prazo de inelegibilidade para os parlamentares que perderem o mandato por falta de decoro parlamentar.	PLP 181/1994	Câmara Deputados	Tilden Santiago	PT/MG	Político. Casos Inelegibilidade
LC nº 82	27/03/1995	Disciplina os limites das despesas com o funcionalismo público, forma do art. 169 da Constituição Federal.	PLP 60/1989	Câmara Deputados	Rita Camata	PMDB/ES	Administrativo. Executivo. Gastos Pessoal. Revogada (LC 96/1999)
LC nº 83	12/09/1995	Altera dispositivo da Lei Complementar nº 69, de 23 de julho de 1991, que dispõe sobre as normas gerais para a organização, o preparo e o emprego das Forças Armadas.	PLP 10/1995	Poder Executivo	Poder Executivo		Administrativo. Executivo. Forças Armadas. Normas
LC nº 84	18/01/1996	Institui fonte de custeio para manutenção da Seguridade Social, na forma do § 4º do art. 195 da Constituição Federal, e dá outras providências. Institui a carga das empresas, contribuição social no valor de vinte por cento sobre o total das remunerações pagas ou creditadas, a qualquer título, aos segurados empresários, trabalhadores autônomos e avulsos e a terceiros que prestam serviços aqueles, mesmo sem vínculo empregatício, fixando contribuição adicional de dois virgula vinte por cento sobre a base de cálculo definida para as instituições financeiras.	PLP 9/1995	Poder Executivo	Poder Executivo		Tributário. Institui Contribuição Social. Autônomos
LC nº 85	15/02/1996	Altera o art. 7º da Lei Complementar nº 70, de 30 de dezembro de 1991, que estabelece a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social - COFINS.	PLP 54/1995	Câmara Deputados	Theodorico Ferraço	PTB/ES	Tributário. Institui Cofins. Alteração

Apêndice estatístico

LC nº 86	14/05/1996	Acrescenta dispositivo ao Código Eleitoral, a fim de permitir a ação rescisória em casos de inegibilidade.	PLP 75/1995	Senado Federal	Ney Maranhão	PRN/PE	Político. Casos Inegibilidade. Ação Rescisória.
LC nº 87	13/09/1996	Dispõe sobre o imposto dos Estados e do Distrito Federal sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, e dá outras providências.	PLP 95/1996	Câmara Deputados	Antônio Kandir	PSDB/SP	Tributário. ICMS
LC nº 88	23/12/1996	Altera a redação dos arts. 5º, 6º, 10 e 17 da Lei Complementar nº 76, de 6 de julho de 1993, que dispõe sobre o procedimento contraditório especial, de rito sumário, para o processo de desapropriação de imóvel rural, por interesse social, para fins de reforma agrária.	PLP 60/1995	Câmara Deputados	José Fritsch	PT/SC	Administrativo. Executivo. Reforma Agrária. Alteração
LC nº 89	18/02/1997	Institui o Fundo para Aparelhamento e Operacionalização das Atividades-fim da Polícia Federal - FUNAPOL, e dá outras providências.	PLP 172/1993	Poder Executivo	Poder Executivo		Administrativo. Executivo. Cria Fundo Polícia Federal
LC nº 90	01/10/1997	Determina os casos em que forças estrangeiras possam transitar pelo território nacional ou nele permanecer temporariamente.	PLP 142/1992	Senado Federal	Maurício Correa	PDT/DF	Administrativo. Executivo. Forças Armadas. Estrangeiras
LC nº 91	22/12/1997	Dispõe sobre a fixação dos coeficientes do Fundo de Participação dos Municípios.	PLP 14/1995	Câmara Deputados	Julio César	PFL/PI	Tributário. Critério Distribuição FPM. Alteração
LC nº 92	23/12/1997	Altera a legislação do imposto dos Estados e do Distrito Federal sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação.	PLP 214/1997	Câmara Deputados	Waldeck Ornelas	PFL/BA	Tributário. ICMS. Alteração

Apêndice estatístico

LC nº 93	04/02/1998	Institui o Fundo de Terras e da Reforma Agrária - Banco da Terra - e dá outras providências.	PLP 216/1998	Senado Federal	Esperidião Amim	PPB/SC	Administrativo. Executivo. Reforma Agrária. Institui Fundo de Terras - Banco da Terra
LC nº 94	19/02/1998	Autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - (Ride) e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal, e dá outras providências.	PLP 147/1997	Senado Federal	Iris Rezende	PMDB/GO	Administrativo. Executivo. Cria Região Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno. (RIDE)
LC nº 95	26/02/1998	Dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis, conforme determina o parágrafo único do art. 59 da Constituição Federal, e estabelece normas para a consolidação dos atos normativos que menciona.	PLP 123/1989	Câmara Deputados	Koyu Iha	PSDB/SP	Administrativo. Legislativo. Leis. Normas
LC nº 96	31/05/1999	Disciplina os limites das despesas com pessoal, na forma do art. 169 da Constituição.	PLP 249/1998	Poder Executivo	Poder Executivo		Administrativo. Executivo. Gastos Pessoal. Revogou (LC 82/1995)
LC nº 97	09/06/1999	Dispõe sobre as normas gerais para a organização, o preparo e o emprego das Forças Armadas.	PLP 250/1998	Poder Executivo	Poder Executivo		Administrativo. Executivo. Normas Forças Armadas. Revogou (LC 69/1991)
LC nº 98	03/12/1999	Altera dispositivos da Lei Complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994. Trata da Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e Territórios.	PLP 24/1999	Poder Executivo	Poder Executivo		Administrativo. Organiza Defensoria Pública da União. Alteração
LC nº 99	20/12/1999	Dá nova redação ao inciso I do art. 33 da Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996, que dispõe sobre o imposto dos Estados e do Distrito Federal sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e ...	PLP 83/1999	Poder Executivo	Poder Executivo		Tributário. ICMS. Alteração

Apêndice estatístico

LC nº 100	22/12/1999	Altera o Decreto-Lei nº 406, de 31 de dezembro de 1968, e a Lei Complementar nº 56, de 15 de dezembro de 1987, para acrescentar serviço sujeito ao Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza.	PLP 149/1997	Câmara Deputados	Alexandre Cardoso	PSB/RJ	Tributário. Serviços. ISSQN. Pedágios. Revogaga LC 116/2003
LC nº 101	04/05/2000	Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.	PLP 18/1999	Poder Executivo	Poder Executivo		Fiscal. Finanças Públicas. LRF. Normas
LC nº 102	11/07/2000	Altera dispositivos da Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996, que dispõe sobre o imposto dos Estados e do Distrito Federal sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação.	PLP 114/2000	Poder Executivo	Poder Executivo		Tributário. ICMS. Alteração
LC nº 103	14/07/2000	Autoriza os Estados e o Distrito Federal a instituir o piso salarial a que se refere o inciso V do art. 7º da Constituição Federal, por aplicação do disposto no parágrafo único do seu art. 22.	PLP 113/2000	Poder Executivo	Poder Executivo		Administração. Executivo. Estados e DF. Autoriza Piso salarial
LC nº 105	10/01/2001	Dispõe sobre o sigilo das operações de instituições financeiras e dá outras providências.	PLP 220/1998	Senado Federal	Lúcio Alcântara	PSDB/CE	Monetário. Mercado Financeiro. Sigilo Operações
LC nº 104	10/01/2001	Altera dispositivos da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 ;- Código Tributário Nacional. Inclui dispositivos sobre as limitações do poder de tributar, critérios sobre a extinção e suspensão de exigibilidade do crédito tributário e flexibilidade do sigilo fiscal.	PLP 77/1999	Poder Executivo	Poder Executivo		Tributário. Código Tributário Nacional. Alteração. Limitação poder tributar. Sigilo Fiscal

Apêndice estatístico

LC nº 106	23/03/2001	Dá nova redação aos §§ 1º e 2º do art. 2º da Lei Complementar nº 91, de 22 de dezembro de 1997, que dispõe sobre a fixação dos coeficientes de distribuição dos recursos do Fundo de Participação dos Municípios.	PLP 116/2000	Senado Federal	Osmar Dias	PSDB/PR	Tributário. Critério Distribuição FPM. Alteração
LC nº 107	26/04/2001	Altera a Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998. Possibilita a realização da consolidação da legislação federal.	PLP 23/1999	Poder Executivo	Poder Executivo		Administrativo. Legislativo. Leis. Normas. Alteração
LC nº 109	29/05/2001	Dispõe sobre o Regime de Previdência Complementar e dá outras providências.	PLP 10/1999	Poder Executivo	Poder Executivo		Previdência. Previdência Complementar. Institui
LC nº 108	29/05/2001	Dispõe sobre a relação entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, suas autarquias, fundações, sociedades de economia mista e outras entidades públicas e suas respectivas entidades fechadas de previdência complementar, e dá outras providências. Estabelece critérios para o financiamento de planos de entidades de regime de previdência complementar cujos patrocinadores estão vinculados ao poder público.	PLP 8/1999	Poder Executivo	Poder Executivo		Previdência. Previdência Complementar. Financiamento
LC nº 110	29/06/2001	Institui contribuições sociais, autoriza créditos de complementos de atualização monetária em contas vinculadas do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS e dá outras providências.	PLP 195/2001	Poder Executivo	Poder Executivo		Tributário. Institui Contribuição Social. Por Demissão Trabalhadores
LC nº 111	06/07/2001	Dispõe sobre o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, na forma prevista nos artigos 79, 80 e 81 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.	PLP 177/2001	Câmara Deputados	Jorge Bittar	PT/RJ	Administrativo. Executivo. Norma. Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.

Apêndice estatístico

LC nº 113	19/09/2001	Autoriza o Poder Executivo a criar a Região Administrativa Integrada de Desenvolvimento do Pólo Petrolina/PE e Juazeiro/BA e institui o Programa Especial de Desenvolvimento do Pólo Petrolina/PE e Juazeiro/BA.	PLP 155/2000	Senado Federal	Roberto Freire	PPS/PE	Administrativo. Executivo. Cria Região Integrada de Desenvolvimento do Polo Petrolina/PE e Juazeiro/BA
LC nº 112	19/09/2001	Autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento da Grande Teresina e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento da Grande Teresina e dá outras providências.	PLP 242/1998	Senado Federal	Hugo Napoleão	PFL/PI	Administrativo. Executivo. Cria Região Integrada de Desenvolvimento da Grande Terezina
LC nº 114	16/12/2002	Altera dispositivos da Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996, que dispõe sobre o imposto dos Estados e do Distrito Federal sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, e dá ...	PLP 347/2002	Senado Federal	Lúcio Alcântara	PSDB/CE	Tributário. ICMS. Alteração
LC nº 115	26/12/2002	Altera as Leis Complementares nºs 87, de 13 de setembro de 1996, e 102, de 11 de julho de 2000. Prorrogando até 2006 o prazo da vigência do fundo orçamentário instituído pela Lei Kandir.	PLP 349/2002	Poder Executivo	Poder Executivo		Tributário. ICMS. Alteração
LC nº 116	31/07/2003	Dispõe sobre o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza, de competência dos Municípios e do Distrito Federal, e dá outras providências.	PLP 1/1991	Senado Federal	Fernando Henrique Cardoso	PSDB/SP	Tributário. Serviços. ISSQN. Revogou LC 100/1999
LC nº 117	02/09/2004	Altera a Lei Complementar nº 97, de 9 de junho de 1999, que dispõe sobre as normas gerais para a organização, o preparo e o emprego das Forças Armadas, para estabelecer novas atribuições subsidiárias.	PLP 188/2004	Senado Federal	César Borges	PFL/BA	Administrativo. Executivo. Normas Forças Armadas. Alteração

Apêndice estatístico

LC nº 118	09/02/2005	Altera e acrescenta dispositivos à Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional, e dispõe sobre a interpretação do inciso I do art. 168 da mesma Lei.	PLP 72/2003	Câmara Deputados	Antonio Carlos Magalhães Neto	PFL/BA	Tributário. Código Tributário Nacional. Alteração. Restituição Pagamentos
LC nº 119	19/10/2005	Acrescenta inciso ao art. 3º da Lei Complementar nº 79, de 7 de janeiro de 1994, que "cria o Fundo Penitenciário Nacional - FUNPEN e dá outras providências", para incluir a manutenção das casas de abrigo.	PLP 52/1999	Câmara Deputados	Luiza Erundina	PSB/SP	Administrativo. Executivo. Cria Fundo Penitenciário. Alteração
LC nº 120	29/12/2005	Altera dispositivos da Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996, que dispõe sobre o imposto dos Estados e do Distrito Federal sobre Operações Relativas a Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação, e dá ...	PLP 244/2005	Senado Federal	Romero Jucá	PMDB/RR	Tributário. ICMS. Alteração
LC nº 121	09/02/2006	Cria o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão ao Furto e Roubo de Veículos e Cargas e dá outras providências.	PLP 187/1997	Câmara Deputados	Mario Negromonte	PSDB/BA	Administrativo. Executivo. Cria o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão ao Furto e Roubo de Veículos e Cargas
LC nº 122	12/12/2006	Altera o art. 33 da Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996, que dispõe sobre o imposto dos Estados e do Distrito Federal sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, para prorrogar ...	PLP 380/2006	Câmara Deputados	Henrique Fontana	PT/RS	Tributário. ICMS. Alteração

Apêndice estatístico

LC nº 123	14/12/2006	Institui o Estatuto Nacional da Microempresa e da Empresa de Pequeno Porte; altera dispositivos das Leis nºs 8.212 e 8.213, ambas de 24 de julho de 1991, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, da Lei nº 10.189, de 14 de fevereiro ...	PLP 123/2004	Câmara Deputados	Jutahy Junior	PSDB/BA	Administrativo. Executivo. Institui o Estatuto Nacional da Microempresa e da Empresa de Pequeno Porte
LC nº 124	03/01/2007	Institui, na forma do art. 43 da Constituição Federal, a Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia - SUDAM; estabelece sua composição, natureza jurídica, objetivos, área de competência e instrumentos de ação; dispõe sobre o Fundo de Desenvolvimento da Amazônia - FDA; altera a ...	PLP 22/2003	Câmara Deputados	Vander Loubet	PT/MS	Administrativo. Executivo. Institui SUDAN. Revogou (LC 67/1991)
LC nº 125	03/01/2007	Institui, na forma do art. 43 da Constituição Federal, a Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste - SUDENE; estabelece sua composição, natureza jurídica, objetivos, áreas de atuação, instrumentos de ação; altera a Lei nº 7.827, de 27 de setembro de 1989, e a Medida Provisória nº 2.156, de ...	PLP 76/2003	Poder Executivo	Poder Executivo		Administrativo. Executivo. Institui SUDENE. Revogou (LC 66/1991)
LC nº 126	15/01/2007	Dispõe sobre a política de resseguro, retrocessão e sua intermediação, as operações de co-seguro, as contratações de seguro no exterior e as operações em moeda estrangeira do setor securitário; altera o Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, e a Lei nº 8.031, de 12 de abril de 1990; e ...	PLP 249/2005	Poder Executivo	Poder Executivo		Monetário. Mercado Financeiro. Seguros

Apêndice estatístico

LC nº 127	14/08/2007	Altera a Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006. Altera dispositivos concernentes ao Regime Especial Unificado de Arrecadação de Tributos e Contribuições devidos pelas Microempresas e Empresas de Pequeno Porte - Simples Nacional (Supersimples).	PLP 79/2007	Câmara Deputados	José Pimentel, Carlos Melles	PT/CE, DEM/MG	Administrativo. Executivo. Institui o Estatuto Nacional da Microempresa e da Empresa de Pequeno Porte
LC nº 128	19/12/2008	Altera a Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, altera as Leis nºs 8.212, de 24 de julho de 1991, 8.213, de 24 de julho de 1991, 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, 8.029, de 12 de abril de 1990, e dá outras providências. Autoriza a inclusão das empresas de decoração e paisagismo, representação comercial e corretoras de seguros como beneficiárias do regime diferenciado e favorecido - Simples Nacional ou "Supersimples". "Projeto do microempreendedor".	PLP 2/2007	Câmara Deputados	Antonio Carlos Mendes Thame	PSDB/SP	Administrativo. Executivo. Institui o Estatuto Nacional da Microempresa e da Empresa de Pequeno Porte. Alteração
LC nº 129	08/01/2009	Institui, na forma do art. 43 da Constituição Federal, a Superintendência do Desenvolvimento do Centro-Oeste - SUDECO, estabelece sua missão institucional, natureza jurídica, objetivos, área de atuação, instrumentos de ação, altera a Lei nº 7.827, de 27 de setembro de 1989, e dá ...	PLP 184/2004	Poder Executivo	Poder Executivo		Administrativo. Executivo. Institui SUDECO.
LC nº 130	17/04/2009	Dispõe sobre o Sistema Nacional de Crédito Cooperativo e revoga dispositivos das Leis nºs 4.595, de 31 de dezembro de 1964, e 5.764, de 16 de dezembro de 1971. ;	PLP 177/2004	Senado Federal	Gerson Camata	PMDB/ES	Monetário. Mercado Financeiro. Sistema Crédito Cooperativo

Apêndice estatístico

LC nº 131	27/05/2009	Acrescenta dispositivos à Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, a fim de determinar a disponibilização, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a ...	PLP 217/2004	Senado Federal	João Capiberibe	PSB/AP	Fiscal. Finanças Públicas. LRF. Normas
LC nº 132	07/10/2009	Altera dispositivos da Lei Complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994, que organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e da Lei nº 1.060, de 5 de fevereiro de 1950, e dá outras ...	PLP 28/2007	Poder Executivo	Poder Executivo		Administrativo. Organiza Defensoria Pública da União. Alteração
LC nº 133	28/12/2009	Altera a Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, para modificar o enquadramento das atividades de produções cinematográficas, audiovisuais, artísticas e culturais no Regime Especial Unificado de Arrecadação de Tributos e Contribuições devidos pelas Microempresas e Empresas de ...	PLP 462/2009	Câmara Deputados	Antonio Carlos Mendes Thame	PSDB/SP	Administrativo. Executivo. Institui o Estatuto Nacional da Microempresa e da Empresa de Pequeno Porte. Alteração
LC nº 134	14/01/2010	Dispõe sobre a composição do Conselho de Administração da Superintendência da Zona Franca de Manaus; revoga a Lei Complementar no 68, de 13 de junho de 1991; e dá outras providências.	PLP 375/2006	Poder Executivo	Poder Executivo		Administrativo. Executivo. Conselho SUFRAMA. Revoga (LC 68/1991)

Apêndice estatístico

LC nº 135	04/06/2010	Altera a Lei Complementar nº 64, de 18 de maio de 1990, que estabelece, de acordo com o § 9º do art. 14 da Constituição Federal, casos de inelegibilidade, prazos de cessação e determina outras providências, para incluir hipóteses de inelegibilidade que visam a proteger a probidade administrativa ...	PLP 168/1993	Poder Executivo	Poder Executivo		Político. Casos Inelegibilidade . Alteração
LC nº 136	25/08/2010	Altera a Lei Complementar nº 97, de 9 de junho de 1999, que "dispõe sobre as normas gerais para a organização, o preparo e o emprego das Forças Armadas", para criar o Estado-Maior Conjunto das Forças Armadas e disciplinar as atribuições do Ministro de Estado da Defesa.	PLP 543/2009	Poder Executivo	Poder Executivo		Administrativo. Executivo. Normas Forças Armadas. Alteração
LC nº 137	26/08/2010	Autoriza a participação da União em fundo destinado à cobertura suplementar dos riscos do seguro rural; altera dispositivos da Lei nº 10.823, de 19 de dezembro de 2003, da Lei Complementar nº 126, de 15 de janeiro de 2007, do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, do Decreto-Lei nº 261, ...	PLP 374/2008	Poder Executivo	Poder Executivo		Monetário. Mercado Financeiro. Seguros. Alteração
LC nº 138	29/12/2010	Altera a Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996, que dispõe sobre o imposto dos Estados e do Distrito Federal sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação, e dá outras ...	PLP 352/2002	Câmara Deputados	Lucio Alcantara	PSDB/CE	Tributário. ICMS. Alteração

Apêndice estatístico

LC nº 139	10/11/2011	Altera dispositivos da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, e dá outras providências. Objetiva o fortalecimento da microempresa e da empresa de pequeno porte atualiza os limites de receita bruta anual para enquadramento das empresas nos benefícios tributários previstos.	PLP 87/2011	Poder Executivo	Poder Executivo		Administrativo. Executivo. Institui o Estatuto Nacional da Microempresa e da Empresa de Pequeno Porte. Alteração
LC nº 140	08/12/2011	Fixa normas, nos termos dos incisos III, VI e VII do caput e do parágrafo único do art. 23 da Constituição Federal, para a cooperação entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios nas ações administrativas decorrentes do exercício da competência comum relativas à proteção ...Estabelece normas para a cooperação entre a União Federal, Estados, DF e Municípios no que diz respeito a proteção ao meio ambiente; regulamenta a Constituição Federal de 1988.	PLP 12/2003	Câmara Deputados	Sarney Filho	PV/MA	Administrativo. Executivo. Normas. Proteção Meio Ambiente
LC nº 141	13/01/2012	Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e ...	PLP 306/2008	Senado Federal	Tião Viana	PT/AC	Saúde. Regulamenta. Recursos e Ações Saúde
LC nº 142	08/05/2013	Regulamenta o § 1º do art. 201 da Constituição Federal, no tocante à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social - RGPS.	PLP 277/2005	Câmara Deputados	Leonardo Mattos	PV/MG	Previdência. Executivo. Regulamenta. Regime Geral de Previdência Social - RGPS

Apêndice estatístico

LC nº 143	17/07/2013	Altera a Lei Complementar nº 62, de 28 de dezembro de 1989, a Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional), e a Lei nº 8.443, de 16 de julho de 1992 (Lei Orgânica do Tribunal de Contas da União), para dispor sobre os critérios de rateio do Fundo de Participação dos Estados.	PLP 288/2013	Senado Federal	José Pimentel e outros	PT/CE	Tributário. Critério Distribuição FPE e FPM. Alteração
---------------------------	------------	---	------------------------------	----------------	------------------------	-------	--

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Congresso Nacional

Tabela A: BIRD – Subscrição de Capital Social e Poder de Voto - Países do Grupo I e Total do Grupo II

PAISES	Subscrição de capital – US\$ 1,00				Número Total Votos				% do Total Votos			
	1946	1987	1993	2003	1946	1987	1993	2003	1946	1987	1993	2003
Países Grupo I	11	23	23	23	11	23	23	23	11	23	23	23
Austrália	0,00	1.634.800.000	2.607.000.000	2.951.200.000	0,00	16.598	26.320	29.762	0,00	1,87	1,55	1,53
Áustria	0,00	749.000.000	1.335.000.000	1.334.600.000	0,00	7.740	13.600	13.596	0,00	0,87	0,80	0,70
Bélgica	225.000.000	1.962.200.000	3.496.000.000	3.496.400.000	2.500	19.872	35.210	35.214	2,91	2,23	2,07	1,81
Canadá	325.000.000	2.866.000.000	5.404.000.000	5.403.800.000	3.500	28.910	54.290	54.288	4,07	3,25	3,19	2,80
Dinamarca	68.000.000	694.000.000	1.237.000.000	1.622.700.000	930	7.190	12.620	16.477	1,08	0,81	0,74	0,85
Finlândia	0,00	579.500.000	1.033.000.000	1.032.600.000	-	6.045	10.580	10.576	0,00	0,68	0,62	0,54
França	450.000.000	4.698.400.000	8.372.000.000	8.371.700.000	4.750	47.234	83.970	83.967	5,53	5,31	4,94	4,32
Alemanha	0,00	4.901.600.000	8.734.000.000	8.733.900.000	0,00	49.266	87.590	87.589	0,00	5,54	5,15	4,51
Íceland	0,00	82.000.000	152.000.000	151.800.000	0,00	1.070	1.770	1.768	0,00	0,12	0,10	0,09
Irlanda	0,00	356.800.000	636.000.000	635.900.000	0,00	3.818	6.610	6.609	0,00	0,43	0,39	0,34
Itália	0,00	2.393.600.000	5.404.000.000	5.403.800.000	0,00	24.186	54.290	54.288	0,00	2,72	3,19	2,80
Japão	0,00	4.925.500.000	11.312.000.000	15.320.600.000	0,00	49.505	113.370	153.456	0,00	5,56	6,67	7,90
Kuwait	0,00	899.100.000	1.602.000.000	1.602.000.000	0,00	9.241	16.270	16.270	0,00	1,04	0,96	0,84
Luxemburgo	10.000.000	111.800.000	199.000.000	199.300.000	350	1.368	2.240	2.243	0,41	0,15	0,13	0,12
Holanda	275.000.000	2.096.700.000	4.283.000.000	4.282.900.000	3.000	21.217	43.080	43.079	3,49	2,38	2,53	2,22
Nova Zelândia	0,00	470.800.000	796.000.000	872.900.000	-	4.958	8.210	8.979	0,00	0,56	0,48	0,46
Noruega	50.000.000	645.600.000	1.204.000.000	1.204.200.000	750	6.706	12.290	12.292	0,87	0,75	0,72	0,63
África do Sul	0,00	838.900.000	1.624.000.000	1.624.000.000	-	8.639	16.490	16.490	0,00	0,97	0,97	0,85
Suécia	100.000.000	1.013.800.000	1.806.000.000	1.806.400.000	1.250	10.388	18.310	18.314	1,45	1,17	1,08	0,94
Emir. Árabes Unidos	0,00	287.700.000	288.000.000	287.700.000	0,00	3.127	3.130	3.127	0,00	0,35	0,18	0,16
Reino Unido	1.300.000.000	4.698.400.000	8.372.000.000	8.371.700.000	13.250	47.234	83.970	83.967	15,41	5,31	4,94	4,32
Estados Unidos	3.175.000.000	17.403.500.000	29.327.000.000	31.964.500.000	32.000	174.285	293.520	319.895	37,23	19,59	17,27	16,48
Total Grupo I	5.978.000.000	54.309.700.000	99.223.000.000	106.674.600.000	62.291	548.620	997.753	1.072.269	72,46	61,65	58,70	55,23
Países Grupo II	27	128	153	161	27	128	153	161	27	128	153	161
Total Grupo II	1.692.000.000	30.920.300.000	66.366.000.000	82.892.400.000	23.670	341.203	701.910	869.174	27,54	38,35	41,30	44,77
Total Geral	7.670.000.000	85.230.000.000	165.589.000.000	189.567.000.000	85.961	889.823	1.699.663	1.941.443	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Elaboração própria a partir de (FMI, 2005), (World Bank, 1945), (World Bank, 1946), ((World Bank, 1987) (World Bank, 1993) (World Bank, 2003).

Fórmula: $NV = CS/AÇ + AB \leftrightarrow NV/SV = \%PV$ Onde: NV = Número de Votos; CS = Capital Social; AÇ = Ação (US\$ 100.000); AB = Ação Básica (250 votos); SV = Somatório de Votos; PV = Poder de Voto.