



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Instituto de Economia

**CRISE DO ESTADO NACIONAL DESENVOLVIMENTISTA E
AJUSTE LIBERAL: A DIFÍCIL TRAJETÓRIA DE
CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE – SUS (1988/2007)**

Ana Cleusa Serra Mesquita

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Economia da UNICAMP para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Econômico – área de concentração: Economia Social e do Trabalho, sob a orientação do Prof. Dr. Eduardo Fagnani.

Este exemplar corresponde ao original da dissertação defendido por Ana Cleusa Serra Mesquita em 26/02/2008 e orientada pelo Prof. Dr. Eduardo Fagnani.

CPG 26/02/2008
A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Eduardo Fagnani", written over a horizontal line.

Campinas, 2008

**Ficha catalográfica elaborada pela biblioteca
do Instituto de Economia/UNICAMP**

M562c	Mesquita, Ana Cleusa Serra. Crise do estado nacional desenvolvimentista e ajuste liberal: a difícil trajetória de consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS (1988/2007) / Ana Cleusa Serra Mesquita. -- Campinas, SP : [s.n.], 2008. Orientador : Eduardo Fagnani. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia. 1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Reforma sanitária. 3. Saúde – Financiamento. 4. Saúde Pública. I. Fagnani, Eduardo. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia. III. Título.
	08/014/BIE

Título em Inglês: The crisis of the Brazilian Developmental State and the liberal adjust: the hard way of the consolidation of Unified National Health System (SUS) (1988/2007)

Keywords: Unified National Health System (Brazil) ; Sanitary reform ; Health financing ; Health, public.

Area de Concentração : Economia Social e do Trabalho

Titulação: Mestre em Desenvolvimento Economico

Banca examinadora: Prof. Dr. Eduardo Fagnani

Profa. Dra. Ana Luiza D'Ávila Viana

Prof. Dr. Pedro Luiz Barros Silva

Data da defesa: 26-02-2008

Programa de Pós-Graduação: Desenvolvimento economico

Dissertação de Mestrado

Aluna: ANA CLEUSA SERRA MESQUITA

**“ Crise do Estado Nacional Desenvolvimentista e Ajuste Liberal:
A Difícil Trajetória de Consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS
(1988/2007) “**

Defendida em 26 / 02 / 2008

COMISSÃO JULGADORA

Prof. Dr. EDUARDO FAGNANI
Orientador – IE / UNICAMP



Profa. Dra. ANA LUIZA D'ÁVILA VIANA
USP



Prof. Dr. PEDRO LUIZ BARROS SILVA
IE / UNICAMP



DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, pelo incentivo constante a vencer novos desafios durante todos esses anos da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Diversas pessoas contribuíram para a elaboração deste trabalho. Posso esquecer de mencionar algum nome, ainda assim, gostaria de manifestar meus sinceros agradecimentos a algumas delas. Antes de tudo, ao meu orientador Eduardo Fagnani por ter acreditado neste trabalho e apoiado incondicionalmente sua realização. Agradeço também à banca examinadora, composta pela professora Ana Luiza Viana e pelo professor Pedro Luiz Silva, pelas valiosas contribuições para o aprimoramento desse estudo.

A Tiago, meu companheiro, por seu apoio e incentivo constantes durante todo esse tempo que estamos juntos.

Aos meus queridos irmãos Ricardo e Vagner, que tanto me apoiaram quando deles me afastei para enfrentar um novo desafio.

Aos inestimáveis amigos que encontrei em Campinas por terem tornado muito mais alegre a minha estadia nesta cidade e por estarem sempre presentes também nos momentos mais difíceis. Por isso, agradeço com muito carinho a Marcelo, Marquinhos, Thiago Ademir, Cid, Giovanna, Alessandra e Paulinho.

Aos colegas do Ministério da Saúde pela disponibilidade incondicional ao esclarecimento de dúvidas e à ajuda com o manuseio dos dados aqui utilizados, mas principalmente pelo convívio amistoso que me proporciona enorme satisfação em trabalhar nessa instituição.

E, finalmente, aos meus amigos soteropolitanos que durante meu afastamento, reafirmaram a sincera amizade que construímos nos tempos da faculdade e tanto me incentivaram a vencer mais essa etapa. Meus sinceros agradecimentos a Carol, Dani, Heltinho, Thai, Tati, Kenys, Pedrão, Robertinho e Antônio.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO 1– DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	07
PARTE I: A LONGA JORNADA RUMO À CONSTRUÇÃO DO SUS	09
1.1 O sistema de saúde no período desenvolvimentista: o modelo de seguro social e o seu legado	09
1.2 A luta pela Reforma Sanitária e a conquista do direito à saúde	17
1.2.1 As primeiras transformações na assistência médica	21
1.2.2 Estratégias de transformação do sistema de saúde: o embate Inamps x Ministério da Saúde	25
1.2.3 A 8ª Conferência Nacional de Saúde e suas contribuições para a conquista do direito à saúde	28
1.2.4 A Constituinte de 1988 e a conquista do direito à saúde	31
PARTE II: AVANÇOS E RETROCESSOS NA CONSOLIDAÇÃO DO SUS NA ERA PÓS-DESENVOLVIMENTISTA	34
2.1 A contramarcha liberal-conservadora: desafios na construção do SUS no raiar dos anos 1990	36
2.1.1 Governo Collor e a contra-reforma liberal-conservadora na política de saúde	38
2.2 O breve governo Itamar Franco: avanços e impasses na configuração institucional do SUS	45
2.3 Política de Saúde no governo FHC	49
2.3.1 A NOB SUS 01/96	50
2.3.2 NOAS 2001 e 2002: tentativa de implementar a regionalização	54
2.4 Os rumos da política de saúde durante o primeiro governo Lula	58
2.4.1 Pacto pela Saúde: uma nova tentativa de consolidação do SUS	58

CAPÍTULO 2 – O ESTREITAMENTO DAS BASES DE FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE	65
2.1 Considerações sobre a estrutura de financiamento da política social	66
2.2 Tensões no custeio da política de saúde	71
2.3 A luta pela estabilidade no financiamento da saúde	80
2.3.1 Os embates em torno da vinculação de recursos para a saúde	80
2.3.2 EC 29: avanços e limites no financiamento da saúde	82
2.3.3 Avaliação do cumprimento da Emenda Constitucional 29	85
2.4 A longa jornada rumo à regulamentação da EC 29	91
2.5 Determinantes da capacidade do gasto em saúde das esferas subnacionais	98
2.5.1 Implicações do arranjo de Federalismo Fiscal sobre o financiamento da saúde	99
2.5.2 Endividamento dos governos estaduais e suas conseqüências para o financiamento do SUS	104
2.6 Possibilidades e limites ao aumento do gasto federal na saúde no contexto macroeconômico recente	108
CAPÍTULO 3 – COMPORTAMENTO DO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE: ENTRAVES À CONSOLIDAÇÃO DO SUS	123
3.1 Sistemas de saúde em perspectiva comparada	123
3.2 Comportamento do gasto da União em saúde: instabilidade no custeio do SUS	125
3.3 A participação das esferas subnacionais no gasto público em saúde	133
3.3.1 Comportamento do gasto estadual em ações e serviços públicos de saúde	139
3.3.2 Despesa municipal no custeio dos serviços públicos de saúde	145

3.4 Reflexos da forte dependência em relação à rede privada sobre o gasto público em saúde	147
CONCLUSÃO	153

RESUMO

A conquista do direito à saúde no Brasil representou um avanço expressivo no campo da proteção social do país. Contudo, apesar da importante vitória associada à construção jurídico-legal do SUS, a implementação do novo sistema encontra uma série de obstáculos, revelando a dificuldade para consolidar um sistema de saúde universal de fato, e não apenas de direito. Esse descompasso está relacionado ao momento histórico da construção do SUS: os avanços na universalidade da cobertura na saúde coincidem com a crise do Estado Nacional Desenvolvimentista no Brasil. Segue-se então uma etapa de crise econômica, baixo crescimento e ênfase na reforma do Estado visando o ajuste fiscal. Este contexto é agravado ainda pela rearticulação das forças conservadoras a partir de 1990 e pelo ressurgimento vigoroso do ideário liberal. Coloca-se assim, um cenário hostil (pós 1988) para a consolidação de um sistema de saúde universal e redistributivo. Heranças do passado redobram seu fôlego. O estreitamento das bases de financiamento e as dificuldades de superar interesses privatistas poderosos, arraigados na política de saúde desde o final dos anos 1960, colocam sérios obstáculos para a consolidação plena do SUS.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Reforma Sanitária, Financiamento da Saúde, Gastos Públicos em Saúde.

ABSTRACT

The acquisition of the right to the health in Brazil represented an expressive progress in the field of the social protection of the country. However, in spite of the important victory associated to the juridical-legal construction of Unified National Health System, or SUS, the implementation of the new system finds a series of obstacles, revealing the difficulty in fact to consolidate a system of universal health, and not just of right. That disconnection is related to the historical moment of the construction of SUS: the progresses in the universality of the covering in the health coincide with the crisis of the “Brazilian Developmental State”. Start, then, a stage of crisis economical, low growth and emphasis in the reform of the State seeking the fiscal adjustment. This context is still worsened by the rearticulation of the conservative forces starting from 1990 and for the vigorous resurgence of the liberal thought. Thus, appear a hostile context (starting from 1988) for the consolidation of a universal and redistributive health system. The narrowing of the financing bases and the difficulties of overcoming privates interests, present in the politics of health from the end of the years 1960, they put serious obstacles for the full consolidation of SUS.

Key Words: Unified National Health System, Sanitary Reform, Health Financing, Public Expenses in Health.

INTRODUÇÃO

A conquista do direito à saúde no Brasil representou um avanço muito significativo no campo das políticas sociais do país. Ao contemplar, no novo texto constitucional promulgado em 1988, o direito universal à saúde, incluindo-o no campo da Seguridade Social, o marco jurídico da proteção social aproximava-se fortemente daquele encontrado nos países comprometidos com a universalização dos direitos sociais. Desde então, a organização da política de saúde é pensada a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios básicos ressaltam além da cobertura universal, a integralidade no atendimento e a equidade do sistema de saúde. Quanto ao formato organizacional do novo modelo de intervenção estatal na saúde, destaca-se o caráter descentralizado e a ênfase na participação social na formulação e gestão das políticas.

É amplamente reconhecido que a criação do SUS significou uma inflexão importante na política nacional de saúde. O caráter universal do acesso às ações e aos serviços e a integralidade na organização dos mesmos representaram uma profunda ruptura com a forma anterior de promoção da atenção à saúde, marcada pela hegemonia do setor privado na oferta dos serviços, fragmentação das ações e seletividade da cobertura.

A fragmentação se processava na separação operacional e institucional entre ações de saúde pública e da assistência médico-hospitalar. A seletividade da cobertura manifestava-se, neste último segmento, através da predominância da provisão no interior do sistema previdenciário, nos moldes de seguro social. Somente os segurados (contribuintes) da previdência tinham acesso ao cuidado médico-hospitalar na assistência médico-previdenciária. Isto significou, num primeiro momento, a cobertura dos trabalhadores dos Institutos de Aposentadorias e Pensões; e, posteriormente, dos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho quando surge um sistema unificado de previdência.

A provisão dos serviços de saúde pelo sistema previdenciário, dentro do modelo de seguro social, privilegiava a contratação de serviços do setor privado. Devido a essa forma de prestação, a atenção à saúde ganhou contornos claramente privatistas, contribuindo decisivamente para o fortalecimento e expansão do setor privado na saúde. Trata-se de um elemento estrutural de grande importância para compreender os limites da Reforma

Sanitária, especialmente no momento de efetiva construção da universalidade na cobertura, como pretendemos argumentar neste trabalho. Com efeito, após a criação formal do SUS, a implementação do sistema esbarra na contrariedade dos interesses do setor privado, que desde o modelo de seguro social na saúde vem se constituindo num segmento robusto, bem organizado e capaz de defender seus interesses com muita avidez.

A essa configuração do cuidado à saúde, com cobertura seletiva e fortemente apoiada numa base privada para o atendimento das necessidades em saúde, chamaremos de “modelo de seguro social”. Tal modelo esteve presente durante toda a era desenvolvimentista (1930-1980) e sua vigência por este longo período traduz a desconexão entre desenvolvimento econômico e desenvolvimento social durante o processo de industrialização e modernização do país. É justamente o caminho contrário do escolhido por alguns países europeus avançados que, no imediato pós-guerra, buscaram articular prosperidade econômica à construção de sistemas de proteção social capazes de potencializar o alargamento da cobertura dos riscos sociais. A desconexão entre desenvolvimento econômico e desenvolvimento social no processo de modernização brasileira produziu uma nova pobreza, expressa, sobretudo, nas massas excluídas dos grandes centros urbanos. É para atender às necessidades de proteção dessas massas empobrecidas que se promove, no âmbito da Constituição de 1988, o alargamento dos direitos sociais, incluindo-se aí, a democratização do direito à saúde.

No entanto, os avanços do movimento social quanto à universalidade da cobertura na saúde coincidem com a crise do Estado Nacional Desenvolvimentista no Brasil. Segue-se então uma etapa de crise econômica, baixo crescimento e ênfase na reforma do Estado visando o ajuste fiscal. Este contexto, que por si só traz adversidades à implementação de um sistema de saúde universal, é agravado pela rearticulação das forças conservadoras a partir de 1990 e pelo ressurgimento vigoroso do ideário liberal-conservador. Esse cenário hostil (pós 1988) coloca obstáculos consideráveis à consolidação de um sistema de saúde universal e redistributivo. Heranças do passado redobram seu fôlego. O estreitamento das bases de financiamento e as dificuldades de superar interesses privatistas poderosos, arraigados no âmago da política de saúde desde o final dos anos 60, colocam sérios obstáculos para a consolidação plena do SUS. Na realidade, todo o processo de Reforma Sanitária e de

construção do SUS ocorreu na contramão do contexto histórico-político internacional, no qual predominavam argumentos favoráveis ao enxugamento dos sistemas de proteção social no sentido de reduzir a cobertura e a universalidade. Ou seja, estava “fora de moda” argumentar a superioridade do Estado na cobertura dos riscos coletivos. Em seu lugar, defendia-se cobertura restrita aos mais fracos. A orientação, portanto, era de focalização da atenção do Estado, ao invés da universalização da cobertura. Diante da adversidade do contexto político-ideológico internacional, a criação do SUS representa a resistência do movimento reformista a essa onda liberal. Mas esses argumentos vão estar presentes no contra-ataque das forças liberal-conservadoras contrárias à implementação do projeto reformista.

Assim, apesar da vitória representada pela construção legal do SUS, os anos subsequentes de implementação do novo sistema vão revelar uma série de dificuldades para a consolidação da Reforma Sanitária. A dificuldade em consolidar um sistema de saúde universal de fato e não apenas de direito nos leva a seguinte indagação: quais os principais obstáculos à concretização de um sistema de saúde público e universal na era pós-desenvolvimentista?

A resposta a essa indagação nos conduz a explicações de naturezas distintas. No campo da economia política, destaca-se o novo contexto político inaugurado na década de 1990, quando as influências liberais se potencializam. Nesse período, ocorrem mudanças significativas no papel do Estado com conseqüente redução da sua capacidade de implementar políticas nacionais de desenvolvimento. Ao mesmo tempo, emerge um Estado comprometido com o ajuste fiscal e bastante vulnerável às pressões da financeirização da economia mundial. É nesse contexto, marcado pela adoção de políticas macroeconômicas ortodoxas, que emergem sérias dificuldades ao financiamento do SUS, comprometendo a universalização da cobertura.

No entanto, a dificuldade de consolidação de um sistema verdadeiramente universal revela também a influência de problemas de natureza histórico-estrutural. Nesta dimensão, vemos que o formato organizacional do SUS preserva dentro de si o segmento “liberal-privado”, autônomo, que atua predominantemente nas ações de média e alta complexidade. O gasto público, nesse nível de atenção, é bastante elevado e beneficia largamente o setor privado.

Tal característica atesta a herança da base privatista do modelo de seguro social anterior ao SUS.

Esse formato organizacional, que mantém a atenção hospitalar nas mãos do setor privado (com importante autonomia na prestação dos serviços), descaracteriza o SUS como uma rede articulada e hierarquizada de ações governamentais baseada na cooperação federativa. Há uma fragmentação do sistema que se apresenta na separação operacional entre atenção básica, orientada e realizada pelo comando público, e a atenção de média e alta complexidade realizada pelo setor privado, com fraca capacidade de regulação estatal. Tal configuração impede a articulação entre os diversos níveis do cuidado, sob a perspectiva da integralidade na organização da assistência, fundamento essencial da Reforma Sanitária, presente nos principais paradigmas de sistemas públicos nacionais de saúde (Inglaterra, Canadá e Portugal, entre outros).

Não obstante a dificuldade de consolidação do SUS como sistema, se alcançou avanços institucionais importantes, principalmente quanto à descentralização da gestão da política de saúde – processo comandado pelas sucessivas normas operacionais editadas pelo Ministério da Saúde e pactuado com os demais entes federativos. Mas é relevante frisar que os efeitos da descentralização também sofreram restrições pelas dificuldades de financiamento encontradas pelos entes subnacionais nessa era pós-desenvolvimentista e de hegemonia dos valores liberais.

Buscando discutir os avanços e desafios na consolidação do SUS na era pós-desenvolvimentista, este trabalho divide-se em três capítulos. O primeiro resgata a trajetória institucional da política de saúde, com o objetivo de discutir os fundamentos da Reforma Sanitária, a luta política pela alteração do modelo de seguro na saúde e demonstrar a origem da base privatista no atendimento das necessidades em saúde. A partir dessa reflexão ficará mais clara a ruptura imposta pela criação formal do SUS, mas também a origem de um dos problemas principais para a consolidação da reforma: a presença ainda marcante do setor liberal-privado no interior do SUS.

No capítulo 2 o foco da discussão será a análise dos obstáculos no campo do financiamento da política de saúde, enfatizando seu estreitamento ante os imperativos impostos pela

política macroeconômica de cunho ortodoxo e liberalizante. Pretendemos discutir as diversas iniciativas de garantia de um financiamento estável para a política de saúde – e seu insucesso – com destaque para a Emenda Constitucional 29/2000. Enquanto elaborava esta dissertação (dezembro de 2007), o Senado Federal extinguiu a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF), principal fonte de financiamento do SUS, tornando ainda mais incertas e desanimadoras as perspectivas de superação dos obstáculos à consolidação do SUS que temos procurado enfatizar nesse trabalho.

A reflexão sobre os impasses no financiamento da saúde pública auxiliará na compreensão dos desafios para consolidar um sistema de saúde universal, integral e equânime na ausência de um modelo econômico focado no desenvolvimento. Trata-se de uma discussão que privilegiará as inter-relações entre política social e política econômica.

O reflexo das dificuldades de financiamento sobre o comportamento do gasto público em saúde é objeto do capítulo 3. Este discute ainda outras características do gasto de modo a demonstrar como atua o SUS, mostrando como o gasto público na média e na alta complexidade privilegia o setor privado; como a descentralização se apóia, em grande medida, na substituição de recursos federais pelos subnacionais; e, finalmente, o medíocre o patamar de investimentos aplicados na ampliação e manutenção da rede pública, contribuindo para a sobrevida da herança privatista.

CAPÍTULO 1 – DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

O modelo atual da política de saúde no Brasil resulta, em grande medida, do processo de Reforma Sanitária, iniciado ainda nos anos 1970 e que leva à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988. A grande inovação resultante deste processo foi a introdução do direito universal à saúde, constituindo-se este como direito de cidadania garantido pelo Estado. Seqüencialmente, desenvolveu-se a legislação infra-constitucional de regulamentação do SUS (Lei Orgânica, Constituições Estaduais, Normas Operacionais etc.), consolidando a tradução do direito à saúde numa base legal normativa.

Considerando a organização do sistema de saúde anterior ao SUS, é inegável o avanço obtido com a universalização do direito à saúde. Durante todo o período desenvolvimentista, que se estende de 1930 a 1980, prevaleceu o modelo de seguro social na organização do cuidado à saúde, atestando a desvinculação entre avanços econômicos e conquistas sociais no processo de modernização brasileira. Portanto, de forma resumida, a grande virtude da luta pela Reforma Sanitária está na substituição do princípio do mérito (seguro social) pelo da solidariedade (seguridade social) na organização da atenção à saúde, contribuindo para a passagem da “cidadania regulada” (SANTOS, 1979) para a cidadania universal no campo da proteção social.

No entanto, não obstante a importância dos avanços no marco jurídico-legal para a transformação da política de saúde, a verdadeira construção de um sistema universal e igualitário exige a alteração das práticas sanitárias prevaletentes e a criação de uma estrutura institucional que o viabilize, como destaca Fleury (1997). Portanto, a consolidação do SUS exige a ruptura profunda com os padrões histórico-estruturais de intervenção estatal na atenção à saúde, na perspectiva de criação de um sistema único sob a égide do Estado. Além da transformação do marco legal relativo ao setor saúde, isso requer a planificação e a execução de uma política nacional de saúde coordenada pelo Estado, a transformação da estrutura institucional responsável pela proteção à saúde e a garantia de mecanismos financeiros para a sustentação do sistema.

Após significativas conquistas na construção do marco legal-normativo, enfrentamos os desafios da transformação nas demais dimensões necessárias para a consolidação do projeto da Reforma Sanitária. Assim, o SUS, na sua configuração atual, é a expressão de um projeto inacabado. Na ausência de um projeto nacional de desenvolvimento coordenado pelo Estado, reduziram-se as possibilidades de concretização da reforma na saúde, uma vez que tal contexto compromete o custeio adequado do novo sistema e as transformações necessárias para romper com a herança privatista do modelo anterior que impede a concretização de um sistema único, universal e igualitário na saúde.

O contexto pós-desenvolvimentista coloca, portanto, desafios de natureza diversa para a consolidação da Reforma Sanitária¹. As dificuldades no campo do financiamento do sistema de saúde têm estreita relação com a política econômica e serão objeto de discussão do próximo capítulo. Já a reflexão sobre o legado do modelo anterior tem início neste capítulo, no qual pretendemos analisar o desenvolvimento institucional da política de saúde no Brasil, buscando resgatar os antecedentes da organização da proteção à saúde na era desenvolvimentista. Assim, poderemos compreender as rupturas e continuidades no que se refere à organização atual do cuidado à saúde.

A reconstituição da trajetória institucional da proteção à saúde enfatizará também a luta política que marcou a Reforma Sanitária, especialmente o papel desempenhado pelo chamado “movimento sanitário”, principal ator no encaminhamento das transformações no perfil de atuação do Estado na saúde. Este resgate se faz importante para elucidar os caminhos para continuidade da implementação da reforma nos dias atuais, a qual não pode prescindir, sem dúvida, da articulação dos atores sociais.

Para dar conta desses objetivos, a primeira seção deste capítulo apresenta os principais traços organizativos do sistema de saúde na vigência do Estado Nacional Desenvolvimentista (1930-1980) e discorre, em seguida, sobre o processo de transição do antigo modelo para o SUS, destacando sobretudo o papel do movimento sanitário nesse processo. Na segunda seção, discutimos os avanço e desafios à consolidação do SUS,

¹ Esse esforço de analisar a relação entre política de saúde e desenvolvimento já vem sendo desenvolvido por alguns autores, destacando-se, mais recentemente, a interessante abordagem de Viana e Elias (2007).

conforme os objetivos da Reforma Sanitária, na era pós-desenvolvimentista com ênfase no encaminhamento da descentralização, uma vez que a estratégia da política de saúde se concentrou nesta dimensão a partir dos anos 1990.

PARTE I - A LONGA JORNADA RUMO À CONSTRUÇÃO DO SUS

1.1 O sistema de saúde no período desenvolvimentista: o modelo de seguro social e o seu legado

Até o surgimento do SUS, com a promulgação da Constituição de 1988, a política de saúde percorreu um longo caminho durante o século XX. Nesse percurso, sobressaem-se como traços marcantes a forte centralização das decisões no governo federal, a segmentação das ações, com a separação institucional entre saúde pública e assistência médico-hospitalar, a seletividade na cobertura e a expansão do setor privado na oferta de serviços de saúde². A reconstrução dessas características é o objetivo desta seção. Tal reconstrução histórica é relevante para compreender porque a criação do SUS representou um importante ponto de inflexão na atuação do Estado na área da saúde.

Ao observar as primeiras intervenções do Estado na forma de políticas nacionais para o setor saúde, percebemos que elas se desenvolvem em paralelo ao processo de expansão da autoridade estatal no início do século XX. Assim, podemos identificar os anos finais da década de 1910 como o início efetivo das políticas de saúde, pois é quando as primeiras medidas políticas no campo da saúde despontam em consequência do avanço do fortalecimento do Estado Nacional, com crescente centralização de poder no governo federal.

Por outro lado, essas medidas encontravam legitimidade social dada a crescente conscientização, sobretudo por parte das elites, acerca da socialização dos efeitos negativos decorrentes do quadro sanitário. Ou seja, na medida em que se amplia o reconhecimento da

² No campo da produção teórica sobre os antecedentes da política de saúde no Brasil, os primeiros esforços na elaboração de uma reflexão crítica sobre o modelo de saúde no período desenvolvimentista foram desenvolvidos por Sérgio Arouca, José Carlos Braga, Sônia Fleury, Amélia Cohn, apenas para citar alguns dos principais expoentes.

interdependência gerada pelas doenças transmissíveis e a percepção de que o Estado deveria promover ações relativas à saúde da população e ao quadro sanitário, as ações de saúde pública ganham relevância. Por outro lado, o maior nível de centralização do poder na esfera federal foi determinante para a efetiva condução dessas ações pelo Estado (LIMA, FONSECA E HOCHMAN, 2005).

A influência desses fatores na organização da ação estatal fica evidente ao analisarmos o incipiente sistema nacional de saúde da Primeira República. A conscientização social acerca dos efeitos do quadro sanitário explica porque tal sistema estava apoiado preponderantemente sobre ações de saúde coletiva, a exemplo das campanhas sanitárias. Por outro lado, a relação entre seu aparecimento e o grau de concentração de poder no governo federal, ajudam a compreender a forte concentração e verticalização das ações por esta esfera de governo.

Essas características (concentração e verticalização) se reforçaram especialmente a partir dos anos 1930, quando se intensificam as medidas de caráter nacional em consequência do fortalecimento do Estado Nacional, com o aumento da centralização de poder no governo federal³. Assim, a consolidação da saúde como campo da proteção social e, portanto, como objeto de políticas específicas elaboradas pelo Estado é concomitante à nova etapa política e econômica da referida década. Do ponto de vista econômico, instaura-se um processo de industrialização – ainda que limitado pela insuficiência técnica e financeira do capital industrial⁴. Do ponto de vista político, destaca-se um Estado mais autônomo, que a partir de então deixava de ser mera expressão dos interesses de oligarquias regionais (BRAGA E PAULA, 1981).

³ Para uma compreensão mais abrangente sobre o surgimento e desenvolvimento de uma política nacional de saúde e sua articulação com a nova etapa da economia e da política brasileira a partir dos anos 1930, consultar Braga e Paula (1981); Barros Silva (1984); Viana e Queiroz (1992); Draibe (2004); Draibe e Aureliano (1989). Nessa perspectiva, destacam-se dentre outras, as seguintes contribuições pioneiras, críticas à política de saúde instituída pelo regime militar: Donnangelo (1975); Gentile de Mello (1977); Cohn (1979) e Cordeiro (1980).

⁴ Sobre o caráter restringido da industrialização brasileira no período de 1933 a 1955, consultar Cardoso de Mello (1982).

A síntese dessas transformações se apresentava na estratégia nacional-desenvolvimentista que buscava a modernização do país através de sua industrialização, tendo o Estado como condutor do processo. A condução desse projeto envolveu o avanço no campo das políticas sociais através da legislação trabalhista e sindical, pela qual buscava-se cooptar os novos trabalhadores assalariados urbanos (CASTRO GOMES, 1979). Configurou-se então um perfil de tratamento da questão social consubstanciado na perspectiva da regulação da relação capital-trabalho. Assim, o perfil da intervenção estatal nas questões sociais na era Getulista está fortemente atrelado à criação da legislação trabalhista e sindical, tida como fundamental na conformação da base de apoio político ao processo de modernização do país.

Desta forma, Getúlio aglutinava em torno do seu projeto nacional-desenvolvimentista os interesses de importantes categorias de trabalhadores, conquistando a coalizão política necessária para viabilizá-lo. Como contrapartida, emergia um perfil específico de proteção social organizado pelo princípio do mérito, com seletividade na cobertura, produzindo assim uma extensão regulada da cidadania (SANTOS, 1979), ao invés de uma cidadania universal.

É dentro desse sistema de proteção que surge uma política nacional de saúde organizada em dois subsetores: o da saúde pública e o da assistência médica previdenciária (ou medicina previdenciária, como especificam Braga e Paula). No primeiro, as ações eram organizadas e prestadas por instituições estatais a toda população, indistintamente. Já a segunda, prestada no âmbito de instituições previdenciárias, era restrita a alguns trabalhadores urbanos, pois tinha a elegibilidade aos serviços calcada na concepção contributiva e meritocrática. Em termos de política estatal, o subsetor da saúde pública será predominante até meados de 1960. A partir de 1966, o subsetor da medicina previdenciária supera o da saúde coletiva, no entanto, a assistência médica previdenciária já apresentava notável expansão desde os anos 1950 (BRAGA E PAULA, 1981; SILVA, 1984).

As campanhas sanitárias, retomadas a partir de 1935, constituem elemento central da institucionalização das ações de saúde pública. Elas foram elementos importantes no processo de centralização da política de saúde no Brasil e de sua caracterização como

nacional. Por seu turno, a medicina previdenciária surge na década de 1930, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)⁵.

Com o advento do projeto nacional desenvolvimentista, aprofundou-se a estrutura de proteção calcada nos IAPs. Conseqüentemente, no que tange ao modelo de cuidado à saúde, foi se conformando um desenho no qual a assistência médico-hospitalar era praticamente um privilégio dos trabalhadores cobertos por um IAP. Aos demais, trabalhadores ou não, restava disputar com os mais pobres e indigentes a assistência ofertada pelas Santas Casas de Misericórdia e, posteriormente, pela restrita rede de hospitais do Ministério da Saúde, que começa a se estruturar a partir de 1953.

Assim configurou-se uma segmentação no cuidado à saúde materializada na garantia da assistência médica integral aos trabalhadores de categorias bem estruturadas (que possuíam IAP) e no atendimento residual aos demais indivíduos, prestado principalmente pelo segmento filantrópico da saúde, mas também pelos parques hospitalares estatais. Para todos, indistintamente, apenas as ações de saúde coletiva promovidas pelo Ministério da Saúde (MS) e legitimadas pela crescente conscientização da interdependência associada às doenças transmissíveis. A segmentação do cuidado à saúde, que diz respeito à separação institucional entre assistência médica previdenciária e ações de saúde coletiva, e a conseqüente seletividade da cobertura no campo da assistência médico-hospitalar configuram, portanto, traços importantes na caracterização do modelo de seguro social prévio ao SUS.

⁵ É bem verdade que antes dos IAPs, surgiram, nos anos 1920, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) (FLEURY E OLIVEIRA, 1989). A criação das CAPs reflete o grau de organização dos novos trabalhadores urbano-industriais do início do século XX e a solução adotada por eles frente às suas necessidades de proteção social. Assim, as Caixas surgiram como mecanismo de proteção aos trabalhadores **associados** contra riscos sociais (morte, doença, velhice e invalidez). As CAPs tinham sua fundamentação na lógica de seguro, e não de seguridade social, uma vez que consistiam em associações de auxílio mútuo nas quais a contribuição prévia dava condição de elegibilidade ao benefício. Apesar dos IAPs também se orientarem pelo princípio de seguro e buscarem a proteção dos seus associados frente aos riscos sociais, é equivocado interpretá-los como um produto da evolução das CAPs, uma vez que estas nem foram de imediato desmontadas com o surgimento dos institutos, conforme apontam Braga e Paula (1981). Ademais, esses autores alertam para diferenças de organização e funcionamento entre as duas estruturas, destacando-se a busca de extensão de cobertura, ainda que limitada à categoria profissional, presente no IAP e ausente nas Caixas, organizadas por empresas, normalmente as de maior porte.

Quanto à dicotomia entre assistência médica previdenciária e ações de saúde coletiva, vale destacar seu reflexo diferenciado no financiamento das ações nos dois segmentos (COHN, 2005). Como a primeira se desenvolvia no interior das instituições previdenciárias, contava com recursos das contribuições dos trabalhadores, alavancadas com o desenvolvimento econômico e o crescimento da massa salarial. Enquanto isso, as ações de saúde coletiva, desenvolvidas pelas instituições públicas, dependiam dos escassos recursos orçamentários. Portanto, em última instância, a segmentação das ações do sistema de saúde se transfigurava na oposição entre um segmento rico e capitalizado (o da esfera previdenciária) e outro, sempre com poucos recursos, destinado às ações de saúde coletivas e a cobertura assistencial (insuficiente) dos mais pobres.

Por sua vez, a modalidade de organização da prestação de serviços no âmbito da assistência médica previdenciária favoreceu o financiamento do setor privado na saúde, canalizando os recursos da saúde previdenciária para a construção e expansão de hospitais privados, como mostram Braga e Paula (1981) e Bahia (2005). De acordo com esses autores, o regulamento dos IAPs admitia a prestação da assistência médico-hospitalar diretamente (rede própria do IAP) ou mediante a contratação ou convênio com outras entidades oficiais ou com particulares. Prevaleceu, no entanto, a contratação de serviços privados diante da insuficiência da capacidade dos serviços próprios e a declarada opção dos trabalhadores pelo atendimento diferenciado dos serviços, como mostra Bahia (2005).

A opção pela contratação de serviços privados potencializou a oferta de hospitais particulares nas décadas de 1950 e 1960, abrindo um campo de atuação bastante convidativo para médicos e outros profissionais de saúde, como mostram Gentile de Mello (1977), Donnangelo (1975) e outros autores. De 1946 a 1964, o número de hospitais particulares saltou de 1.305 para 2.390, enquanto o número de hospitais públicos ficou praticamente constante, de 442 para 457 (BAHIA, 2005). Este desempenho distinto entre a expansão da rede privada e pública alterou a configuração da disponibilidade de leitos no país. Em 1950, 53,9% dos leitos totais eram de propriedade particular; em 1960, essa participação já alcançava 62,1%, dos quais 14,4% tinham finalidade puramente lucrativa (BRAGA E PAULA, 1981).

Não obstante a pujança da medicina previdenciária, sua expansão no âmbito dos IAPs vai encontrar limites a partir dos anos 1950. Nesta década, os custos da assistência vão apresentar forte elevação, impulsionados pelo avanço tecnológico no setor saúde (descoberta de novos fármacos, equipamentos de diagnóstico e tratamento mais sofisticados). Junto com o progresso tecnológico veio a tecnificação e a elevação de custos dos atos médicos. Além da pressão exercida pela elevação dos custos, cresceu a prestação de serviços de assistência média. Juntos, esses fatores vão deflagrar uma crise econômico-financeira no sistema previdenciário, a qual se manifestava na participação ascendente dos gastos com assistência médica no total das despesas dos IAPs (BRAGA E PAULA, 1981).

Essas limitações da medicina previdenciária vão se mostrar mais fortemente no início dos anos 1960 quando se torna mais acentuada a crise do sistema previdenciário. Eram sinais incontestes da incapacidade do sistema de assegurar a expansão da cobertura então requerida pelo rápido crescimento dos assalariados urbanos. Tal incapacidade resultava da carência de bases financeiras sólidas, mas também do problema trazido pela grande diversidade entre os benefícios prestados pelos institutos.

É nesse contexto que surgem diversas tentativas de reestruturação do sistema previdenciário. Em 1960, através da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), tentou-se uniformizar os regimes previdenciários, mas a lei não chegou a ser regulamentada. A transformação ocorreu, de fato, no âmbito de uma ampla reforma administrativa realizada em 1967, que elimina os IAPs e cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), abrangendo todas as atividades da previdência social⁶. Este passa então a exercer as duas funções antes desempenhadas pelos IAPs: gerir os benefícios previdenciários e prestar assistência médica. Mas os benefícios deixam de ser restritos a algumas categorias profissionais e se estendem para o conjunto dos trabalhadores do mercado formal urbano (FLEURY e OLIVEIRA, 1989).

⁶ É válido mencionar que a reestruturação da previdência através da unificação dos institutos integra um conjunto mais amplo de reformas implementadas logo após o golpe de 1964. Todas elas tinham o objetivo de readequar o aparelho de Estado às necessidades da acumulação naquela etapa do desenvolvimento capitalista no país, como esclarecem Braga e Paula (1981).

Apesar da expansão da cobertura previdenciária com a criação do INPS, permaneceu a lógica de seletividade na cobertura no modelo de proteção social brasileiro, pois os benefícios eram apenas concedidos aos trabalhadores que contribuíaam ao sistema previdenciário. Àqueles não-contribuintes mais desfavorecidos, restava a ausência de cobertura previdenciária e, quanto à assistência médica, a escassa rede serviços do MS e das Santas Casas de Misericórdia. Já aqueles mais ricos e pertencentes aos grupos seletos de assalariados podiam se beneficiar da compra direta de serviços no setor privado que crescia fortemente, impulsionado pela demanda garantida pelo sistema previdenciário. Consolidava-se assim um padrão de acesso à saúde mediado pela inserção no mercado formal de trabalho e com provisão de serviços cada vez mais dependente da iniciativa privada, ao mesmo tempo em que se dava continuidade ao projeto desenvolvimentista.

Em 1977, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) com a função de gerir a assistência médica previdenciária, deixando a cargo do INPS apenas a gestão dos benefícios previdenciários. Assim, o complexo previdenciário vai adquirindo sua configuração institucional, cujo formato se consolidará com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) em 1978. A partir de então, a política estatal de previdência e assistência social se desenvolvia no âmbito deste sistema que reunia um ministério (Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS) e três autarquias: o Inamps, o INPS e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social - IAPAS (BARROS SILVA, 2001).

A reestruturação do sistema previdenciário teve o mérito de resolver a crise financeira no interior da medicina previdenciária, mas deixou em segundo plano o subsetor da saúde pública. Na conformação do novo sistema de saúde, a priorização da medicina previdenciária em detrimento da saúde pública fica evidente no comportamento do gasto realizado nas duas dimensões. Em 1967, o gasto das três esferas de governo em ações de saúde coletiva representava 56% do gasto estatal em saúde, enquanto em 1972, esta participação caiu para 45%. Ao mesmo tempo, a participação do gasto realizado pelo INPS evoluiu de 44% para 52%, dados apresentados por Braga e Paula (1981).

Ademais, se por um lado a reestruturação da medicina previdenciária promovida pelos militares ampliou a escala das operações e o controle do Estado sobre elas, por outro, não

rompeu com o padrão anterior de organização que estimulava o desenvolvimento do setor privado e a “capitalização da medicina” (BRAGA E PAULA, 1981). Isto porque a atuação da burocracia técnica do INPS, e posteriormente do Inamps, favorecia a crescente mercantilização da oferta, uma vez que a provisão dos serviços de saúde pelo sistema previdenciário priorizava a contratação de serviços do setor privado.

Assim, após a unificação dos institutos, não se buscou a expansão da cobertura da assistência médico-hospitalar – incorporação dos trabalhadores urbanos formais – através da ampliação da rede oficial previdenciária; ao contrário, tal expansão foi realizada, fundamentalmente, mediante a compra de serviços privados, o que não só favoreceu, mas também acelerou o desenvolvimento do capital privado no setor e a conseqüente privatização dos serviços de saúde.

Não restam dúvidas, portanto, da orientação privatizante da política de assistência médica durante o regime militar. Nesse período, o modelo de atenção à saúde acentuou seu contorno privatista, contribuindo decisivamente para fortalecimento da atuação do mercado no setor saúde. Com base nos esclarecimentos de Escorel, Nascimento e Edler (2005, p.61-62), temos uma descrição precisa de como o setor privado se beneficiou desse modelo de organização da assistência médica previdenciária nos tempos do INPS:

Na década de 1970, a assistência médica financiada pela Previdência Social conheceu seu período de maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e em volume de recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história. Entretanto, prestados pelas empresas privadas aos previdenciários, os serviços médicos eram pagos por Unidade de Serviço (US) e essa forma de pagamento tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção. **A construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados com dinheiro público, mais especificamente com recursos da Previdência Social, associada ao enfoque na medicina curativa, foi concomitante à grande expansão das faculdades particulares de medicina por todo o país.** Os cursos de medicina, de um modo geral, desconheciam a realidade sanitária da população brasileira, pois estavam voltados para a especialização, para a sofisticação tecnológica e para as últimas descobertas das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. **O INPS financiou, a fundo perdido, as empresas privadas que desejassem construir seus hospitais.** [Grifos nossos]

Portanto, além de se beneficiar dos recursos da Previdência, o setor privado, na sua expansão, estimulou a prevalência do enfoque curativo na assistência médica previdenciária. O enfoque preventivo ficou relegado à saúde pública, a qual contava com escassos recursos. Enquanto a previdência contava com orçamentos vultuosos por conta da expansão dos empregos formais sob impulso da industrialização, as ações do Ministério da Saúde contavam com os poucos recursos fiscais que lhe eram direcionados.

Essa forte expansão do setor privado prestador de serviços nos anos do regime militar balizará posteriormente os rumos da reforma no sistema nacional de saúde. Quando se iniciam os movimentos pela transformação do modelo (que discutiremos na próxima seção), o setor privado já constituía um segmento robusto, bem organizado e capaz de defender seus interesses com muita avidez.

Esse breve resgate dos antecedentes históricos, políticos e institucionais do sistema de saúde permite identificar os limites derivados do legado do modelo anterior sobre a estratégia reformista, que será analisada a seguir. Com efeito, a trajetória percorrida durante a configuração do modelo de seguro social revela o surgimento e consolidação de atores e grupos de interesses que certamente influem e limitam as opções políticas na definição de novos arranjos institucionais no setor saúde. Ou seja, as escolhas e decisões no momento político anterior limitam o leque de opções futuras (PIERSON, 2004). Nesse sentido, será especialmente interessante considerar a influência do setor privado – bastante fortalecido pelas políticas do regime militar – no processo de formulação e implementação do SUS.

1.2 A luta pela Reforma Sanitária e a conquista do direito à saúde

Nos anos 1970, quando o modelo privatista da assistência médico-previdenciária funcionava em sua plenitude, crescem as contestações à política de saúde conduzida pelos militares. Criticava-se, em especial, as desigualdades nas condições de acesso aos serviços de saúde. É nesse contexto que nasce e ganha força, sobretudo a partir da segunda metade da década, um movimento pela democratização da saúde, empenhado na formulação de um projeto alternativo para o sistema de saúde. Buscava-se a realização de uma ampla Reforma Sanitária, que pode ser definida como:

(...) um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único sob a égide do Estado (FLEURY, 1997, p. 28).

Ao redor desse projeto reformista, articulou-se um conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não, como descreve Escorel (1987), movidos por uma causa comum – a reformulação do sistema nacional de saúde – constituindo o que ficou conhecido como **movimento sanitário**. Na luta pela democratização da saúde, este movimento, ainda que essencialmente composto por profissionais e intelectuais da área da saúde, incorporou as demandas da sociedade como um todo. Tratava-se, assim, a questão da saúde não sob uma ótica corporativista, mas como uma questão nacional, como esclarece Sarah Escorel (1989, p.186).

O movimento sanitário, que tem como base grupos corporativos como os médicos, os sanitaristas e os profissionais da saúde coletiva, soube superar os interesses de grupos e movimentar-se conjunta e progressivamente, no sentido de fazer toda a sociedade avançar em direção à construção de um projeto global da sociedade.

No que se refere às bases conceituais do projeto reformista, o movimento questionava além da organização da assistência à saúde, a concepção de saúde restrita à dimensão biológica; tratava-se do paradigma biomédico, até então dominante nas políticas públicas e instituições da saúde (PAIM,1997). Alternativamente, buscou-se outro paradigma sanitário centrado na determinação social da doença, no qual se discutia a prática da medicina numa perspectiva histórico-estrutural, associando as questões da saúde às questões sociais. Assim, o paradigma em saúde do movimento reformista propunha que o estudo do processo saúde-doença deveria focar a influência de determinantes sociais (classes sociais, diferenças regionais e socioeconômicas etc.) sobre as condições de saúde, como relatam Escorel, Nascimento e Edler (2005).

Em resumo, o movimento sanitário constituiu um grupo de atores políticos que se articularam por uma causa comum: a crítica ao sistema de saúde brasileiro cuja organização menosprezava a importância das ações preventivas e excluía os trabalhadores rurais e

parcela significativa dos trabalhadores urbanos da assistência médico-hospitalar. Em contraposição, os engajados pela reforma no modelo defendiam a universalização do acesso aos serviços, a democratização do sistema, o caráter público e descentralizado e a ênfase na atenção primária. Quanto à descentralização, em especial, vislumbrava-se com ela a possibilidade de ampliar o controle e a participação social nos rumos da política de saúde.

Para uma compreensão abrangente e detalhada do movimento sanitário, José Carvalho de Noronha (citado por FALEIROS et al., 2006), propõe a análise de quatro vertentes fundamentais de sua atuação: acadêmica, experiências na gestão de serviços, relacionamento com partidos políticos e a ressonância junto aos movimentos sociais.

Em sua **vertente acadêmica**, a atuação do movimento se dedicava ao estudo das reformulações no campo de conhecimento das ciências médicas, acompanhando tendências internacionais da medicina social e da nova saúde pública dos anos 1970⁷. Isto significava refletir sobre a interface deste campo com outras áreas do conhecimento, especialmente as ciências sociais, na reformulação do paradigma sanitário, como já discutimos.

Uma segunda vertente de ação do movimento diz respeito ao “**conjunto de experiências de gestão de serviços**”. Consiste em experiências incipientes derivadas da penetração de pessoas engajadas com a Reforma Sanitária nas estruturas da burocracia estatal. Assim, buscava-se redesenhar a política de saúde por dentro das estruturas, penetrando o aparelho de Estado. Esse redesenho pretendia alterar a fragmentação institucional (MPAS, Ministério da Saúde) e a predominância do foco curativo em detrimento das ações de atenção básica. Impulsionada por esses objetivos, a atuação desta vertente do movimento ganha maior notoriedade com a criação das Ações Integradas em Saúde (AIS) e o do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), como veremos mais adiante.

⁷ Uma influência significativa foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, em Alma-Ata, URSS, em 1978. Dentre suas conclusões, esta Conferência enfatizou que “a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde” [Declaração de Alma-Ata, disponível em: www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf].

A atuação do movimento sanitário se destaca também pela dimensão do “**relacionamento com partidos políticos e programas partidários**”. Apesar do envolvimento dos seus militantes com alguns partidos (PCB e MDB), o movimento caracterizava-se como bloco suprapartidário, com capacidade influente significativa nos processos legislativos, como atesta sua atuação durante a Nova República. O movimento conseguiu montar uma frente parlamentar ampla que foi decisiva nas votações da Assembléia Nacional Constituinte em 1988.

Por fim, outra dimensão importante da atuação do movimento sanitário diz respeito a sua **ressonância junto aos movimentos sociais**. Essa vertente se expressa pela incorporação da agenda da saúde nos movimentos populares, ao mesmo tempo que representa a participação da comunidade no movimento.

No entanto, vale lembrar as considerações de Sarah Escorel (FALEIROS et al., 2006 p. 64) sobre o encontro do movimento popular com o movimento pela Reforma Sanitária, que segundo ela, não ocorre de forma imediata: “o que eu chamo de ‘fantasma da classe ausente’ é que o movimento sanitário sempre falou pelas classes populares, e elas não estavam presentes”. A própria Sarah complementa lembrando que a opressão exercida pela ditadura militar, ao restringir a mobilização dos movimentos sociais, prejudicou a relação com movimento popular. Assim, a aproximação com o movimento popular caminhou de forma gradual. Os primeiros passos nesse sentido ocorreram através de iniciativas promovidas nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo. Porém, como lembra Sarah, é na 8ª Conferência Nacional de Saúde que esse encontro se realizará de maneira mais orgânica.

Conforme avançava a ressonância da Reforma Sanitária junto ao movimento popular, o movimento sanitário ampliava sua legitimidade, necessária para reforçar sua atuação na vertente anterior, responsável pela participação nos processos legislativos. Ademais, esse vetor de ressonância junto aos demais movimentos tendia a se fortalecer pela busca da redemocratização, que em última instância, aproximava os distintos movimentos, uma vez que a restrição do regime militar às mobilizações sociais era comum a todos eles.

Após essa caracterização geral do movimento, podemos reconstituir brevemente os principais passos rumo à transformação do arranjo político-institucional do setor saúde.

Transformação esta influenciada fortemente pela atuação do movimento sanitário na arena decisória do setor, como será discutido na seção seguinte.

1.2.1 As primeiras transformações na assistência médica

O elevado grau de organização do movimento sanitário já transparece em 1977, na 6ª Conferência Nacional de Saúde, quando o movimento se posicionava contra o sistema de saúde estratificado dos governos militares. Alternativamente, defendiam uma reordenação do sistema em uma rede única de saúde com atendimento universal. Na mesma ocasião, segmentos conservadores defendiam a fragmentação do sistema: uma rede médico-sanitária ampla sob comando do Ministério da Saúde e outra mais restrita, médico-hospitalar, sob o comando da Previdência.

Desde então, o movimento assume contornos político-partidários a favor de uma agenda definida para a saúde. Esta é apresentada no I Simpósio sobre Política de Saúde, em 1979, quando pela primeira vez se colocou de forma “pública, extensa e bastante consensual” a necessidade de democratização do acesso à saúde através de um sistema único, “ainda que convivendo com instituições filantrópicas e privadas”, como lembrou Hésio Cordeiro, “mas com a hegemonia do sistema público” (citado por FALEIROS et al., 2006).

Essa atuação nos principais fóruns de debate sobre a política de saúde foi fundamental para que na década seguinte o movimento sanitário lograsse uma inserção ainda mais estratégica nas estruturas do aparelho de estado, ampliando de forma significativa sua influência nas políticas do setor. Tal influência transparece nas primeiras iniciativas de alterar o perfil da intervenção estatal na área, cujos princípios orientadores eram os mesmos defendidos pelo movimento.

O **Prev-Saúde** – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, apresentado durante a 7ª Conferência Nacional de Saúde em 1980 destaca-se como uma das primeiras tentativas de reestruturação do modelo de saúde. Dentre seus objetivos, estava a ênfase na atenção primária a saúde, por anos relegada a segundo plano na política conduzida pelos militares. Apesar do apoio do movimento, o projeto encontrou resistência, especialmente pela atuação de setores representativos dos interesses do setor privado – a Associação Médica Brasileira

(AMB), da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e da Federação Brasileira dos Hospitais (FBH) – que eram contrários ao projeto tendo em vista sua forte conotação estatizante.

Não obstante todo o apoio do movimento sanitário, o Prev-Saúde não resistiu. Contudo, com o agravamento da crise estrutural da Previdência – a qual incluía a crise de financiamento da saúde pelo Inamps – o governo instituiu, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp). O conselho foi criado com as funções de reorganização e reestruturação da assistência médica da previdência social e contava com um quadro técnico formado por muito militantes do CEBES. Assim, houve no Conasp um vasto espaço para penetração das idéias e propostas do movimento⁸.

A influência dos princípios defendidos pelo movimento sanitário será ainda mais forte quando lideranças destacadas do movimento passam a exercer cargos importantes no Inamps. Por conseguinte, como mostra Barros Silva (2003) os diagnósticos realizados no âmbito desta instituição vão enfatizar: (i) a necessidade de reordenar a política de saúde, tendo como objetivo a universalização do atendimento e a constituição de uma rede única, regionalizada e hierarquizada; (ii) o papel central do setor público no planejamento, controle do sistema e execução dos serviços, reservando-se participação complementar ao setor privado; (iii) as ações primárias de saúde.

Na perspectiva de reordenar a assistência à saúde no âmbito de uma rede única, hierarquizada e regionalizada, surge, em 1982/1983, no Inamps, a iniciativa de integração interinstitucional entre os três níveis de governo materializada na estratégia denominada de Ações Integradas de Saúde (AIS). Trata-se de uma iniciativa que pode ser interpretada como uma primeira tentativa de reorganizar a assistência à saúde com base nos princípios

⁸ É interessante destacar a articulação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) com o movimento sanitário. A criação desta instituição foi considerada pelos militantes da Reforma Sanitária um fato marcante. Para Nelson Rodrigues dos Santos, o Cebes conseguiu “agregar, aglutinar, congregar, conduzir e até comandar o movimento e o engajamento crescente não só de sanitaristas, mas de todos os estudiosos da saúde, inclusive da chamada medicina assistencial dos hospitais públicos, de ensino e privados da área da previdência social – Inamps à época” (FALEIROS et al., 2006, p. 57). Para Sônia Fleury (199, p.26), a institucionalização do movimento sanitário ocorre com a criação do CEBES, que permitiu “organizar as diferentes visões críticas do sistema de saúde, definindo um projeto comum e estratégias e táticas de ação coletiva”.

defendidos pelo movimento sanitário (LUCCHESI,1996; BARROS SILVA, 2003). De fato, as AIS já incorporavam no seu desenho os princípios de descentralização, regionalização e reforço do poder público, especialmente, a ênfase na atuação dos governos estaduais e municipais na cobertura assistencial à saúde⁹.

As AIS foram concebidas como estratégia para a reorganização da assistência médica de forma a torná-la mais resolutiva através de um formato descentralizado, integrado e regionalizado na organização dos serviços de saúde. Esse esforço de integração dos serviços de saúde envolvia, no campo da tomada de decisão, a constituição de instâncias colegiadas para o planejamento, gestão e controle das ações nas três esferas de governo¹⁰. A viabilização dessa estratégia de implantação de uma nova política de saúde exigia também a recuperação dos serviços públicos, que seriam então privilegiados com mais recursos para investimentos na rede.

A priorização dos serviços públicos no âmbito das AIS decorre de uma mudança importante na organização da prestação da assistência: o Inamps, que antes comprava os serviços de saúde do setor privado, passou a comprá-los dos estados e municípios. O resultado direto desta modificação foi a expansão dos convênios entre Ministério da Previdência e as Secretarias de Saúde, com visível diminuição dos gastos diretos realizados pelo Inamps e a ampliação dos orçamentos em saúde das esferas subnacionais (Faleiros et al., 2006).

Ao mesmo tempo em que se priorizava os serviços públicos, no âmbito das AIS ocorria também um enquadramento do setor privado prestador de serviços. Visando ao combate às fraudes, estabeleceram-se contratos-padrão de direito público, como tentativa de

⁹ Para uma análise mais detalhada sobre as AIS (organização, metas etc) consultar Lucchese (1996).

¹⁰ Dentro de cada estrutura de governo, foram criadas, no nível estadual e municipal, as CIS – Comissões Interinstitucionais de Saúde e as CIMS – Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde. O desenho das AIS propunha que essas comissões e mais a Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan) e a Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (Cris) funcionassem como instâncias de planejamento e gestão. Nesse sentido, podemos reconhecê-las como o embrião das instâncias colegiadas de deliberação e pactuação, envolvendo os gestores dos três níveis de governo, quanto aos rumos da política de saúde, papel que mais adiante será desempenhado pela CIT (Comissão Intergestores Tripartite) e CIB (Comissão Intergestores Tripartite).

regulamentar as compras de serviços conforme as necessidades do sistema unificado. Almejava-se conter, dessa forma, o repasse de recursos ao setor privado, o qual deveria ocorrer somente em situações de incapacidade de atendimento da demanda pela rede pública, considerando todas as esferas de governo, (BARROS SILVA, 2003).

Em sua avaliação sobre os resultados das AIS, Lucchese (1996, p.86), apoiando-se nos esclarecimentos de Cordeiro (1991), destaca:

(...) a despeito de introduzir uma orientação racionalizadora às ações e criar a base técnica e gerencial para a unificação por meio das estruturas de gestão colegiada, a estratégia não superou os limites institucionais do antigo sistema, preservando a autonomia e o verticalismo de cada instituição, e, portanto, a estrutura de poder do sistema. De toda forma, pode-se afirmar, concordando com o autor, que as AIS ‘orientaram uma nova estrutura organizativa, imprimiram o sentido da descentralização, estabeleceram as bases técnicas, econômicas e jurídicas do relacionamento com o setor privado, e ordenaram todas as decisões que enlaçavam o INAMPS às outras instituições de saúde através de órgãos colegiados’.

Portanto, a integração prevista não logrou ser alcançada, mas as AIS fortaleceram os princípios da descentralização, da integração, da atenção integral e a importância da regulação das relações com o setor privado, que vão se tornando consensuais no âmbito das instituições públicas que compunham o setor, como salienta Barros Silva (2003). Ademais, não se pode deixar de reconhecer a importância da inversão no fluxo de recursos dentro do sistema, com o repasse de recursos do Inamps para as Secretarias Estaduais e Municipais.

Dando continuidade ao seu crescente envolvimento na reordenação do modelo de saúde, o Inamps dá um passo decisivo para a reconfiguração do sistema na segunda metade dos anos 1980, que consistiu no fim da exigência da carteira de segurado do Inamps para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Era o fim da segmentação no provimento da assistência médica na política de saúde e um avanço decisivo rumo à universalização na cobertura. Operou-se, desse modo, a universalização dentro do modelo de seguro social, com a gestão da assistência médica ainda no âmbito do Inamps.

A partir dessa mudança, o Inamps dá prosseguimento a reordenação do sistema de saúde, já incorporando o fundamento da universalização, com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que será analisado na próxima seção, no contexto do embate entre as estratégias de transformação do modelo de saúde que marcam a sua construção.

1.2.2 Estratégias de transformação do sistema de saúde: o embate Inamps x Ministério da Saúde

Na transição democrática (1985/1990), o ingresso de notáveis militantes da reforma sanitária nas estruturas do Estado favoreceu o encaminhamento das mudanças no sistema de saúde conforme as convicções do movimento sanitário. Entretanto, a partir de 1985 ocorre uma cisão do movimento quando parte do grupo, que ocupava cargos no Inamps, e a outra, localizada no Ministério da Saúde, divergem quanto aos rumos da implementação da Reforma Sanitária.

O embate surge das divergências desses dois grupos quanto à operacionalização das mudanças na política de saúde, mais especificamente, quanto à unificação institucional do setor com a incorporação do Inamps pelo Ministério da Saúde. Essas divergências se materializavam em duas distintas propostas. Uma argumentava a favor da unificação imediata entre Inamps e Ministério da Saúde (via legislativa defendida pelo Ministério da Saúde); a outra defendia a transformação por baixo, começando pela preparação dos estados e municípios para atuarem no contexto de um sistema descentralizado, que já vinha sendo desenhada com a estratégia das AIS (via administrativa defendida pelo MPAS/Inamps). Essas distintas posições foram bem colocadas por Hésio Cordeiro (citado por FALEIROS et al., 2006, p.77):

Havia uma espécie de corrente da unificação pelo alto, em que o Inamps se transferiria para a saúde, e outra da unificação pela base do sistema, em que a gente desenvolveria toda uma estratégia de descentralização, de fortalecimento dos municípios e dos estados e, a partir daí, iria sendo consolidada a idéia do SUS e no momento estratégico definido, que seria após a Constituinte, se promoveria a unificação e a passagem do Inamps para o Ministério da Saúde. E não o inverso, porque se corria o risco de que a lentidão

burocrática e a máquina pesada do Ministério da Saúde criassem uma dificuldade muito grande ao próprio desenvolvimento significativo do acesso à saúde pela população.

A posição colocada pelo MPAS/Inamps, a via administrativa, surge da constatação da inviabilidade da unificação imediata do Ministério da Saúde e do Inamps por parte dos membros do movimento sanitário que naquele momento ocupavam o Instituto. Este grupo percebeu que a transformação do sistema não podia ser feita com um só golpe legislativo, passando o controle de uma instituição (Inamps) para outra (Ministério da Saúde). Argumentavam isto por perceberem, de um lado, a lentidão da máquina administrativa do Ministério da Saúde e, de outro lado, que toda estrutura responsável pela maior parte do provimento da assistência médica estava no Inamps. Assim, o grupo defendia a necessidade de aperfeiçoar a estratégia da unificação antes de implementá-la. Isto significava operar mudanças administrativas, fortalecendo a descentralização nos estados e municípios, de modo que, quando a unificação ocorresse, o processo de transformação caminhasse por si só, ao invés de representar uma mudança jurídico-legal num vazio operacional, com nenhuma efetividade na prática.

No encaminhamento dessas mudanças administrativas, era fundamental o comando do processo pelo Inamps, como revela Temporão (citado por FALEIROS et al., 2006, p.76):

(...) nós percebíamos o Inamps como setor moderno do desenvolvimento da saúde no capitalismo. E exatamente por isso, nós falávamos que o motor de indução das mudanças no setor saúde estava no Inamps. O Ministério da Saúde apesar de naquele momento contar com dirigentes progressistas, pelas suas características e pela sua estrutura não tinha condições históricas, digamos assim, para fazer grandes mudanças.

Esse embate (via administrativa *versus* via legislativa) provocou uma cisão no movimento sanitário que se iniciou em 1985, atravessou a 8ª Conferência Nacional de Saúde e permaneceu até o final da década de 1980. Mas não era somente um confronto de idéias, havia também uma luta política entre os dirigentes dos dois principais ministérios envolvidos na disputa: Waldir Pires (Ministério da Previdência) e Carlos Sant'anna (Ministério da Saúde), “em que ninguém queria abrir mão do seu espaço, o que atravessou a discussão da unificação por cima”. “Depois entrou o Rafael de Almeida Magalhães (na

Previdência), que radicalizou o processo”, como esclarece Temporão (FALEIROS et al., 2006, p.78).

Do embate entre as duas propostas, o MPAS levou vantagem com sua alternativa da transformação pela base quando o grupo comandado por Hésio Cordeiro no Inamps convenceu o então ministro Rafael de Almeida Magalhães a tocar um processo de unificação a partir dos estados, como “berço preparatório” para o SUS. Assim nasceu a proposta do SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde – em 1986, que consistia numa “estratégia ponte, transitória para a chegada do Sistema Único de Saúde”, conforme esclarece Hésio Cordeiro (FALEIROS et al., 2006, p.78).

O SUDS representava o esforço de continuidade no processo de reordenamento da assistência à saúde, no sentido da universalização, integralidade e superação das desigualdades no acesso à oferta de ações e serviços de saúde, buscando-se operacionalizar esses princípios através um arranjo descentralizado na gestão do sistema. Sua implantação foi realizada através do estabelecimento de convênios com os estados da federação. A idéia era promover a unificação pelas secretarias estaduais de saúde e estas se encarregariam de implementar a municipalização através do estabelecimento de convênios com os municípios.

Além do objetivo de descentralização, como esclarece Lucchese (1996, p. 86), a proposta do SUDS, assim como as AIS, valorizava a atuação do setor público na execução da política de saúde. A contratação de serviços fora da rede pública deveria atender às necessidades de complementação da cobertura assistencial prestada por serviços próprios, sendo nestes casos priorizados contratos com instituições filantrópicas. Na proposta do SUDS havia também a ênfase na participação da população e dos profissionais de saúde na gestão e controle orçamentário. Reforçava-se também a necessidade de utilização dos instrumentos de planejamento na administração de serviços para uma alocação mais equânime dos recursos para a saúde, baseada na programação/orçamentação integrada.

No que tange ao desempenho da estratégia, a implementação do SUDS encontrou dificuldades decorrentes da transferência de poder do Inamps para as Secretarias Estaduais e uma série de conflitos políticos, institucionais e burocráticos que envolvem a tentativa de

descentralização da rede de serviços, comprometendo sensivelmente os resultados da estratégia¹¹. Quanto aos conflitos, vale mencionar a resistência dos empresários da saúde à implementação do SUDS, como também já tinham demonstrado na ocasião das AIS, através de seus *lobbies* que agiam continuamente nas instituições estatais. No entanto, vale ressaltar a importância desta iniciativa, assim como das AIS, na pavimentação do caminho em direção à reestruturação do modelo de assistência à saúde. Nesse sentido, o SUDS tem seu mérito como “uma estratégia ponte para a chegada do SUS” como bem colocou Hésio Cordeiro.

1.2.3 A 8ª Conferência Nacional de Saúde e suas contribuições para a conquista do direito à saúde

Outra etapa importante no processo de luta pela transformação da política de saúde consistiu na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em março de 1986. Esta se diferenciou das anteriores por diversas razões, a começar pelo momento político de consenso quanto à necessidade de reestruturação do sistema de saúde. No entanto, foi marcada pelo forte embate entre as duas principais propostas quanto à forma de processar a transformação do sistema apresentadas pelo Ministério da Saúde, de um lado e, do outro, o MPAS. A própria conferência expressou uma forma de reação do Ministério da Saúde ao MPAS e de tentar fortalecer a estratégia defendida pelo primeiro, a via legislativa. Apesar do embate institucional e da cisão do movimento sanitário a ele associado, a conferência foi um espaço importante de discussão das diretrizes da reforma e dos princípios do novo sistema de saúde que estaria por vir¹².

Diferentemente das anteriores, a 8ª Conferência buscou ampliar a representação social na discussão dos rumos da política de saúde. Propondo “começar a discutir do município pra

¹¹ É interessante a comparação entre as alternativas anteriores de reorganização do sistema (AIS e SUDS) e o SUS realizada por Lucchese (1996). Na visão da autora, somente com a proposta do SUS, a reordenação do modelo de assistência à saúde assume o caráter de “uma verdadeira reforma político-institucional setorial, abrangendo o conjunto das ações e serviços de saúde” (p. 89). Já com relação às tentativas anteriores, o que se observa é uma tentativa de articulação e integração da rede de ações e serviços de saúde organizada de forma independente por cada esfera de governo.

¹² Para uma compreensão detalhada da importância da 8ª CNS bem como das conferências subsequentes na construção do SUS, consultar o artigo de Escorel e Bloch (2005).

cá”, Sérgio Arouca, então presidente da Fiocruz, defendeu a realização de pré-conferências municipais, onde se começaria a discutir a política de saúde para, posteriormente, com base nas diretrizes trazidas por essas discussões, realizar a Conferência Nacional. Desde então, as Conferências Municipais de Saúde já constituem uma premissa formal na realização da Conferência Nacional.

Ademais, o evento também propiciou a articulação dos secretários municipais de saúde, a qual contou com incentivo decisivo de Nelson Rodrigues dos Santos, então Secretário Municipal de Saúde de Campinas, e de José Eri Medeiros. A partir dessa articulação, deram-se os primeiros passos na constituição do Conasems – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, ainda nesta ocasião¹³.

Após a 8ª CNS, era bastante ampla a capacidade de mobilização social em torno das reformas do setor saúde, no entanto, vale ressaltar que tal mobilização apoiava a transformação pela via legislativa. Ou seja, quanto à estratégia de reforma do sistema de saúde, a 8ª Conferência reafirmou a proposta defendida pelo Ministério da Saúde (a estratégia de unificação pelo alto) (FAGNANI, 2005).

Por sua vez, a institucionalização de diretrizes pactuadas na conferência configurava outro grande desafio da Reforma Sanitária, o qual foi enfrentado em dois campos: na esfera da gestão governamental, com a criação e atuação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS); e na esfera do processo legislativo, a qual se torna mais decisiva com a instalação da Assembléia Nacional Constituinte (ANC). Nas duas dimensões, buscava-se assegurar a participação social através da Plenária Nacional de Saúde, constituída após a 8ª CNS.

Com relação aos desafios na esfera do executivo federal, vale dizer que já estavam presentes durante a realização da 8ª CNS. A consciência com relação aos obstáculos neste campo motivou o estabelecimento de um compromisso com o executivo federal de

¹³ Em depoimento ao trabalho organizado por Faleiros et al. (2006, p.83-84), Eri Medeiros esclarece como iniciou essa articulação que iria culminar na criação do Conasems: “Nessa reunião [realizada durante a 8ª CNS] com Nelson Rodrigues dos Santos, nós estabelecemos a estratégia de criação do Conasems, segundo a qual cada estado deveria criar um colegiado e a gente buscaria um espaço dentro da política que estava se delineando do SUDS. Logo em seguida, sairia o SUS, então nós estávamos abrindo espaço dentro da Ciplan, das CIS, da Cims e a nossa idéia era uma integração já com representantes desses colegiados [...]”.

constituição de uma comissão nacional para, na seqüência, dar encaminhamento às conclusões da conferência. Assim, encerrado o evento, formou-se a CNRS, constituindo-se em espaço político de atuação do setor privado e do setor público (Ministério da Educação, Ministério da Previdência e Assistência Social e Ministério da Saúde), com a atribuição de dar andamento às resoluções da 8ª CNS. Nesses termos, não se tratava de uma comissão burocrática, mas sim política, pois seus representantes estavam, em última instância, definindo seus espaços futuros na política nacional de saúde.

Nelson Rodrigues dos Santos (citado por FALEIROS et al., 2006, p. 85-86) esclarece bem a importância do trabalho desta comissão para o momento decisivo que estaria por vir com a instituição da ANC:

Na 8ª CNS foi aprovado que os ministérios implicados criassem a CNRS para dar encaminhamento ao relatório final da conferência, o que demonstra cuidado e competência política, porque um relatório final, por melhor que fosse, poderia se tornar um documento a mais, guardado. Então, a 8ª CNS teve a sabedoria política muito grande de conseguir o compromisso das autoridades políticas da época, do próprio Presidente da República e dos ministros envolvidos na nomeação da CNRS, que daria um tratamento ao relatório da 8ª CNS, no sentido de criar governabilidade para aqueles pleitos. Felizmente, foi o que ocorreu, potencializado pela Assembléia Nacional Constituinte, a quem a CNRS entregou seu relatório final no início de 1988, após ter trabalhado todo o ano de 1987. O relatório final da CNRS é quase cópia carbônica do que viria a ser a seção de saúde na Constituição Federal de 1988.

O trabalho da comissão foi também influenciado por sua articulação com a Plenária Nacional de Saúde. Entretanto, não se tratava de uma articulação formal, mas sim resultante da participação ativa do movimento sanitário em todas as instâncias relevantes para a Reforma Sanitária. Assim, alguns membros da CNRS também participavam da Plenária, de modo que os debates nesta instância ganhavam eco nos trabalhos na CNRS.

Esta articulação foi possível também pela composição ampla da Plenária. Configurando-se como espaço de participação social nas deliberações sobre a transformação da política de saúde, congregava representantes do movimento popular da saúde, da pastoral da saúde, de vários outros movimentos, inclusive o de profissionais da saúde e do movimento sindical e também pessoas da academia. O Cebes, a Abrasco e o Conasems foram forças importantes

na construção a Plenária Nacional. Portanto, a Plenária se configura como a instância organizada da participação social no processo da Reforma Sanitária, desempenhando este papel inicialmente junto à CNRS e, mais tarde, influenciando também a condução dos trabalhos constituintes.

Toda essa articulação realizada a partir da 8ª Conferência e os avanços institucionais da política de saúde, conquistados com as iniciativas de reorganização do sistema (AIS e SUDS), foram determinantes para o espaço ocupado pela Reforma Sanitária na pauta de discussões da ANC em 1988. Com o processo constituinte, inaugura-se uma fase decisiva para a transformação da política de saúde. Essa etapa é analisada na seção seguinte.

1.2.4 A Constituinte de 1988 e a conquista do direito à saúde

A instauração da Assembléia Nacional Constituinte (ANC) em 1988 despontou como momento político importante para a consolidação da Reforma Sanitária, cujas propostas já vinham amadurecendo há alguns anos como resultado da importante atuação do movimento sanitário como vimos anteriormente. Nesse momento, a luta pela transformação do sistema nacional de saúde alcança uma importante conquista: o direito à saúde, traduzido no artigo 196 da nova Constituição: “a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, CF, 1988).

A nova carta constitucional estabelece assim a assistência à saúde de forma gratuita e universal, em qualquer nível de atendimento, devendo o Estado se responsabilizar pelo seu provimento. O novo sistema nasce então fundamentado nos princípios da universalidade na cobertura e integralidade no cuidado, temas sempre presentes na luta do movimento sanitário pela reformulação do sistema nacional de saúde. A influência do movimento é também visível nos princípios organizativos do novo modelo: a descentralização e a garantia de participação social na formulação, implementação e controle das ações de saúde também foram garantidas pela Constituição. Portanto, as inovações constitucionais no que se refere à atuação do Estado no campo da saúde resultaram, em grande medida, da

ressonância do movimento sanitário no processo legislativo, o que comprova a força política deste movimento.

Substituiu-se assim o modelo de seguro social na saúde por um modelo universal. O Sistema Único de Saúde (SUS) é a expressão desse novo modelo que reúne as ações de saúde coletiva e da assistência médica e se fundamenta na percepção da saúde como um direito básico e universal de cidadania.

Nesse ponto, é preciso destacar que tal transformação integrou uma mudança mais ampla na própria concepção do sistema de proteção social no Brasil: a nova constituição acolhe o conceito de seguridade, numa clara ruptura com a lógica de seguro social que historicamente regia as iniciativas de proteção no país. Foi esse rompimento que possibilitou avançar também rumo à extensão e regulamentação de direitos assistenciais, trabalhistas e previdenciários. Os constituintes redefiniram o campo de atuação do Estado na área social, ampliando a cobertura previdenciária, inclusive igualando o tratamento concedido à população urbana e rural, e instituindo também o direito à assistência social. Após essa transformação, a saúde, a assistência social e a previdência constituem direitos da cidadania assegurados no âmbito da Seguridade Social¹⁴.

Assim, a Constituição de 1988 representa um marco importante na arquitetura atual do padrão de proteção social no Brasil. Por institucionalizar direitos básicos de cidadania, a nova Carta representou um ponto de inflexão no tratamento concedido aos riscos sociais. Com essas mudanças, substituiu-se o conceito de seguro (cobertura ao contribuinte) pelo conceito de seguridade social (cobertura ao cidadão) nas políticas sociais brasileiras, afastando a capacidade contributiva como requisito de elegibilidade aos benefícios da seguridade social.

¹⁴ No conceito de Seguridade introduzido pelo legislador, está implícita a noção de articulação e integração das políticas sociais das três áreas (Previdência, Saúde e Assistência Social). Entretanto, na prática, esse conceito será desmontado, observando-se em seu lugar a divisão orçamentária e administrativa dessas áreas. Como veremos mais adiante, uma das principais faces dessa divisão é a disputa entre elas pelos recursos da Seguridade Social, no contexto de restrições ao financiamento das políticas sociais universais que se abre nos anos 1990, como bem apontou Mendes (2005).

É importante destacar o princípio que norteou esse avanço: **o anseio em resgatar a imensa dívida social herdada de um período de brilhantismo no desenvolvimento econômico, mas de pouco enfrentamento das questões sociais.** A universalização do acesso à seguridade social se insere, portanto, nesta lógica através da superação do caráter meritocrático da política social brasileira, buscando a cobertura de segmentos até então desprotegidos. Assim, buscava-se eliminar uma dupla punição: exclusão do processo econômico formal e exclusão da cobertura contra riscos sociais, que prevalecia quando à proteção estava submetida à lógica de seguro. Desde então, prevalece o *status* de cidadania como condição de acesso, em vez do aspecto contributivo, numa clara tentativa de aproximação do padrão de proteção social construído nos países avançados no pós-Segunda Guerra.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser entendida nesse contexto de transformação dos fundamentos do sistema de proteção social brasileiro. É a tentativa de responder à ausência de cobertura para a massa empobrecida dos grandes centros urbanos, esforço que esteve ausente durante toda a política de saúde do período desenvolvimentista.

Mas se o contexto político do final dos anos 1980 favoreceu os avanços mencionados na reforma do setor saúde, não se deve esquecer os limites impostos pelo legado do modelo anterior aos avanços reformistas durante a Constituinte. A proposta de gradual estatização dos serviços de saúde foi derrotada, dando prova da capacidade de articulação e auto-defesa dos provedores privados, por intermédio de suas bancadas, que atuaram como grupos de pressão dos interesses privados durante as deliberações sobre o marco jurídico do novo sistema (ARRETCHE, 2005; BAHIA, 2005). Assim, na Constituinte, o setor privado prestador de serviços médico-hospitalares conseguiu vetar um ponto nevrálgico da reforma que lhe retiraria a lucrativa demanda pública por seus serviços. Em vez de estatização, prevaleceu, no texto constitucional, a predominância dos serviços públicos e o caráter complementar dos serviços privados.

A respeito dessa conquista do setor privado da saúde na Constituinte, Gerschman e Viana (2005, p.318) fazem interessante observação sobre seu significado para a trajetória da política de saúde:

Assim, no embate de interesses e forças políticas que o representa, o setor privado da saúde consegue incorporar no texto constitucional que o SUS estará formado pelo setor público da saúde e pelo setor privado, cujas instituições (...) estarão juridicamente integradas ao SUS através de contratos de caráter público. Esta cláusula não faz mais do que **legitimar o setor privado no interior do sistema público de saúde**, situação que se observa na *constituency* e na trajetória histórica do sistema de saúde no país. Assim, o que no passado se expressava como um convívio ‘promíscuo’ onde, por vezes, se tornava difícil distinguir o que é público do privado, agora é juridicamente separado o que não significa que as práticas se correspondam com a legislação sobre elas. [Grifo nosso]

Após garantir seu espaço no marco constitucional do SUS, o setor privado continuará articulado, mantendo seus *lobbies* e grupos de pressão no setor, atuando nas esferas institucionais e nos processos legislativos também durante a etapa de implementação do SUS. Assim, este ator influenciará o processo de construção do marco jurídico infra-constitucional do SUS e continuará pressionando a organização do novo sistema, sobretudo através de suas instituições representativas (FBH, Abramge, AMB etc.), buscando assegurar sua relevância no provimento da assistência médica especializada, segmento altamente lucrativo. No capítulo 3 deste trabalho, tentaremos demonstrar como o setor privado foi bastante eficiente na busca do seu objetivo, conseguindo se apropriar de parcela expressiva do gasto público realizado na assistência de média e alta complexidade.

Ademais, não se deve negligenciar o contexto econômico e político no qual ocorrem os avanços jurídico-legais na política de saúde. A ausência de um modelo de desenvolvimento e a influência do ideário liberal colocarão obstáculos significativos ao processo subsequente de implementação do SUS. Esses desafios à concretização do novo modelo universal na saúde serão discutidos na próxima seção.

PARTE II - AVANÇOS E RETROCESSOS NA CONSOLIDAÇÃO DO SUS NA ERA PÓS-DESENVOLVIMENTISTA

Constituído legalmente um sistema de saúde de acesso universal e igualitário, a continuidade do processo de Reforma Sanitária enfrentou o **desafio de concretizar tal sistema na ausência de um projeto nacional de desenvolvimento centrado no crescimento econômico com o enfrentamento das desigualdades e da exclusão social e**

num contexto marcado pelo recrudescimento do ideário liberal-conservador. Este desafio diz respeito à impossibilidade de “criar igualdade por lei, ainda que não se consolide a igualdade sem lei”, como observou Fleury (1997). Para além da regulamentação do direito à saúde, sua concretização implica na criação de uma estrutura institucional que proporcione a efetivação deste direito nos marcos de um modelo de desenvolvimento. Nesses termos, a continuidade do projeto de reforma na saúde encontrou sérias dificuldades após a conquista formal do direito à saúde, não obstante tenha-se avançado na regulamentação deste direito através da configuração de um quadro normativo a seu respeito. Sobre a dificuldade de completar a reforma, Fleury (1997, p. 35) assim se manifesta:

(...) o direito à saúde foi traduzido em uma base legal normativa, incluindo a Constituição Federal, a Lei Orgânica, as Constituições Estaduais, as Normas Operacionais Básicas etc. A Reforma Sanitária, ao materializar, em um corpo legal, seus princípios doutrinários e as estratégias organizacionais, incorreu na sobrevalorização dos aspectos formais da democracia, que, ainda que imprescindíveis, não foram suficientes para garantir a concomitância entre o mundo da norma legal e o mundo da vida, usualmente distanciados na experiência brasileira.

Ao considerar a experiência de implementação do SUS a partir dos anos 1990, percebemos fatores diversos pressionando a consolidação do sistema com base nos princípios da Reforma Sanitária. O contexto de ajuste liberal e de fraco desempenho econômico comprometeu o financiamento do sistema em bases adequadas à universalização da cobertura e à integralidade no atendimento (tema do capítulo 2). Por outro lado, a herança privatista do modelo anterior, preservou, dentro do SUS o segmento privado na prestação da assistência médica especializada (como demonstraremos no capítulo 3). O resultado é um sistema, na prática, fragmentado, no qual a atenção básica é planejada e realizada pela esfera pública e o atendimento de média e alta complexidade é realizado no setor privado, com importante grau de autonomia (CAMPOS, 2007). Assim, a Reforma Sanitária inacabada resulta em um sistema “esgarçado”, incompleto¹⁵.

¹⁵ A idéia de um SUS fragmentado surge a partir da reflexão de Gastão Wagner Campos (2007) sobre a influência de duas tradições polares na Reforma Sanitária brasileira: a dos sistemas nacionais de saúde e a da

Com dificuldades de financiamento e sem alcançar a almejada integração típica de um Sistema Nacional, o SUS apóia-se em duas grandes estratégias: a descentralização e a atenção primária, esta implementada principalmente através do Programa Saúde da Família (PSF)¹⁶. Foge ao escopo deste trabalho realizar uma avaliação da estratégia de cuidado na atenção básica por meio do PSF. Já a estratégia da descentralização será discutida ainda neste capítulo, na perspectiva da reconstituição do quadro normativo relativo ao SUS. Não obstante tenha-se logrado um avanço neste campo, do ponto de vista dos resultados, a estratégia de descentralização ficou bastante comprometida pelos impasses no financiamento da política de saúde, especialmente pelos efeitos do arranjo do federalismo fiscal e do ajuste macroeconômico sobre a capacidade de gastos das esferas subnacionais. Esses impasses do financiamento serão discutidos em detalhes no capítulo 2.

2.1 A contramarcha liberal-conservadora¹⁷: desafios na construção do SUS no raiar dos anos 1990

É curioso que a tentativa de construção de um sistema de proteção social semelhante aos sistemas erguidos nos países de capitalismo avançado ocorra em um momento político-

alternativa liberal-privatista. Utilizando essas categorias como conceitos abstratos, porém indicativos de projetos políticos distintos para o setor saúde, Gastão identifica o sistema brasileiro como “quase um híbrido entre estas duas tradições”, diante da mistura de elementos dos Sistemas Nacionais e Públicos de Saúde com outros típicos da alternativa liberal-privatista na organização do cuidado à saúde. Como mostra o referido autor, é comum, na prática, encontrarmos sistemas que combinem características dos dois projetos, muito embora seja também possível identificar a predominância do projeto público na Inglaterra, em Portugal ou em Cuba, bem como a imperiosidade do projeto liberal-privatista no sistema americano. No caso brasileiro, ele esclarece que a hibridez é a resultante da tensão constante entre os dois projetos (sistema nacional e o liberal-privatista) durante todo o período de luta pela Reforma Sanitária e, principalmente, da resistência permanente dos defensores da via liberal-privatista. Após a derrota imposta pela definição do marco legal do SUS, os opositores do sistema público direcionaram esforços para que a organização do sistema mantivesse abertos os espaços para seus interesses corporativos, o que significa dizer, a manutenção dos valores capitalistas na organização da assistência médica.

¹⁶ O PSF representa uma estratégia de reorientação do modelo assistencial. Através da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, realiza-se o acompanhamento de um número definido de famílias, por equipe, na área geográfica delimitada. As equipes realizam a promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes dentro da comunidade onde atuam. Para uma discussão sobre a trajetória da estratégia da atenção básica e sobre o PSF, consultar Heimann e Mendonça (2005); Viana e Dal Poz (2005).

¹⁷ Utilizamos o termo na tentativa de reproduzir o significado a ele atribuído por João Manuel Cardoso de Mello (1998), no seu esforço de considerar a associação entre o processo de liberalização dos mercados e a manutenção dos privilégios das elites locais.

ideológico de forte contestação a esses sistemas que acompanha o avanço das idéias liberais no cenário internacional. Considerando esse contexto adverso, sobressaem-se ainda mais os avanços da nova Constituição no campo dos direitos sociais.

Após a criação legal do SUS, o desafio subsequente consistia na elaboração do marco de regulamentação infra-constitucional e na construção da estrutura institucional necessárias para concretizar o direito à saúde. Se o avanço das idéias liberais não comprometeu a etapa anterior de conquista dos direitos sociais na Constituição, não se pode dizer o mesmo em relação a esse momento subsequente de regulamentação e concretização desses direitos.

O avanço do pensamento liberal colocou dificuldades de duas ordens. No plano político-ideológico, brotou uma clara incompatibilidade entre a noção de Estado mínimo (e de política social focalizada) e os direitos universais instituídos na Constituição (SOARES, 2001; LAURELL, 1997). Consequentemente, havia uma tensão sobre o processo de elaboração da regulamentação infra-constitucional dos novos direitos. A outra dificuldade se manifesta no campo do financiamento da política social. A penetração do pensamento ortodoxo nos fundamentos da política macroeconômica gerou fraco crescimento e agravou a crise financeira do Estado. Neste caso, a dificuldade de fazer valer os novos direitos sociais se materializa no constrangimento ao custeio da política social (COHN, 1997).

Nesta seção nos ocuparemos preferencialmente da primeira relação, uma vez que o presente capítulo se propõe a recuperar o processo de construção institucional da política de saúde. A despeito da forte influência das teses liberais, veremos que o SUS avançou significativamente no campo jurídico-legal após 1993, especialmente quanto à diretriz da descentralização. Antes disso, o novo contexto político jogou fortemente contra o avanço institucional da política de saúde. No entanto, boa parte do avanço na dimensão normativa após 1993 foi concomitante ao aumento das restrições financeiras ao sistema resultante da política macroeconômica, o que pode ter comprometido seus resultados¹⁸.

¹⁸ A avaliação das transformações no padrão de proteção social brasileiro e, em particular, da política de saúde, durante os anos 1990 comporta interpretações diversas. Draibe (2003) destaca os avanços institucionais que, ao seu ver, contribuíram para a consolidação do processo iniciado na Constituinte de 1988. Outros autores, como Barros Silva (1998; 2006) e Fagnani (1999), destacam também alguns avanços institucionais,

É importante destacar, no que tange à construção do arranjo institucional do SUS, que as tensões associadas ao novo contexto político resultam do **entrelaçamento entre as convenções liberais e a dinâmica dos interesses privados e corporativos na saúde, compondo uma oposição liberal-conservadora aos avanços na consolidação do SUS** conforme os princípios defendidos na Reforma Sanitária. Esse contexto adverso se apresenta logo no primeiro momento de elaboração do marco infra-constitucional do SUS, especialmente no que tange à Lei Federal nº 8.080/90, quando o então presidente Fernando Collor veta vários artigos, inviabilizando sobretudo a conformação do arranjo do financiamento do sistema.

Após 1993, com o impeachment de Collor, o desafio de regulamentação do novo sistema de saúde prossegue, mas, com efeito, surge um espaço mais favorável aos avanços institucionais, especialmente no campo da descentralização, os quais ocorrerão através da emissão de várias portarias pelo MS, alguma delas mais importantes por instituírem Normas Operacionais (NO)¹⁹. Nesse processo, vale destacar também o surgimento/fortalecimento de instâncias colegiadas de negociação e decisão, a saber: Conass, Conasems, CIT, CIB.

2.1.1 – Governo Collor e a contra-reforma liberal-conservadora na política de saúde

porém ponderam seu alcance diante das dificuldades financeiras ao custeio da área social resultantes do novo modelo econômico.

¹⁹ As NOs constituem instrumentos normativos fundamentais na arquitetura do sistema de saúde. Dentre os aspectos regulamentados por elas, destaca-se sobretudo o processo de descentralização da política de saúde. As sucessivas NOs estabeleceram: (i) as responsabilidades gestoras dos três níveis de governo no que tange ao planejamento e programação da assistência à saúde, pagamento, execução e controle das ações e serviços no âmbito do SUS; (ii) o arranjo federativo no financiamento do sistema, com as responsabilidades e prerrogativas financeiras associadas às diversas modalidades de gestão (estadual e municipal); e (iii) os parâmetros considerados na avaliação da capacidade gestora local para posterior habilitação nas condições de gestão em voga. Ademais, as NOs também preconizam fundamentos do modelo de atenção à saúde que norteiam a política de saúde em todo território nacional (NORONHA et al.2006; LEVCOVITZ et al. 2001).

Ao avaliar o papel das normas no processo de descentralização, Viana et al. (2002b) destacam, além do seu papel de indução ou constrangimento, a promoção de “espaços de acordo de interesses na área da saúde, originando ordenamentos, além da emergência e da intensificação de novos atores, pela incorporação de inúmeros centros de poder no campo decisivo da política” (2002, p. 474). Trata-se de um processo crescente de democratização dos espaços na definição da política de saúde, presente na trajetória de elaboração das NOs e bastante importante para o fortalecimento da política setorial, seja do ponto de vista do enfrentamento de coalizões anti-reformas, seja favorecendo a regulação do sistema, como destacam os autores.

A eleição de Fernando Collor, em 1989, inaugurou a fase de “contramarcha” no processo de construção de um sistema de proteção social no Brasil (FAGNANI, 1999). Desde então, as orientações liberais ganham notável espaço no cenário político brasileiro, que combinadas à reorganização dos canais de promoção dos interesses privados, vão configurar um contexto político desfavorável às políticas sociais de cunho universal²⁰.

Ao invés de políticas sociais redistributivas, a convenção liberal defende uma presença mínima do Estado, pois entende o mercado como motor do desenvolvimento, já que este, livre e soberano, é capaz de promover a alocação mais eficiente dos recursos. Collor surge no cenário político brasileiro como portador dessa convenção freqüentemente divulgada num discurso de modernização do país. Assim, as proposições de desregulamentação dos mercados, privatização, redução do Estado e abertura econômica se colocavam como soluções para o atraso histórico do Brasil, compondo a retórica de “integração do país no primeiro mundo”. Em suma, o curto período desse governo, apressado pelos escândalos de corrupção que culminaram no impeachment do presidente, foi marcado por iniciativas de mudança do papel do Estado numa clara orientação liberal, que corresponderam à redução na sua capacidade de conduzir políticas nacionais de desenvolvimento.

No plano da política de saúde, esse contexto de forte oposição liberal-conservadora vai afetar diretamente o financiamento do setor e o processo de elaboração das normas jurídicas infraconstitucionais destinadas à regulamentação do direito à saúde, comprometendo a consolidação da Reforma Sanitária.

Nos anos do governo Collor, revela-se com nitidez o ímpeto de uma contra-reforma liberal-conservadora na política de saúde. Do ponto de vista do financiamento, foi notável a redução de recursos, em um momento inicial, vale salientar, de construção do sistema universal e público de saúde. Analisando o montante global, “ao cabo de três anos de governo, o gasto federal se contraiu em 40%, passando-se de um orçamento de quase US\$

²⁰ Como mostra Bahia (2005), as transformações do modelo de saúde são acompanhadas da rearticulação dos canais de influência dos interesses privados. Antes esses canais eram diretos com a Previdência. No contexto de redefinição dos marcos da política de saúde, esses canais se deslocam para outras instâncias, se constituindo principalmente através da aproximação com políticos conservadores, portadores dos interesses privados.

12 bilhões em 1989 para cerca de US\$ 7 bilhões em 1992” (SINGER et al. citado por FALEIROS et al., 2006). A redução significativa de recursos também é clara quando analisamos o gasto per capita em dólar. Segundo Faleiros et al. (2006), a média anual por habitante que era de US\$ 63,46 no governo Sarney caiu para US\$ 55,75 no governo Collor.

No campo da regulamentação do SUS, é aprovada a Lei nº 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde. Nela explicita-se a diretriz da municipalização e participação dos conselhos de saúde (nacional, estaduais e municipais) na gestão do sistema. Com relação à organização da oferta dos serviços, a lei estabelece a responsabilidade dos órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, observando-se a participação em caráter complementar da iniciativa privada na oferta de serviços no âmbito do SUS.

Contudo, a aprovação da Lei Orgânica da Saúde não foi um processo fácil. A tramitação no Congresso encontrou forte resistência principalmente por parte dos grupos de pressão dos setores privatistas que contestavam um modelo de saúde centrado essencialmente no setor público com caráter suplementar do mercado. Não obstante tal dificuldade, aprovada a Lei nº 8.080/90, esta ainda encontrou o veto presidencial em muitos artigos.

Foram vetados diversos artigos, dentre os quais o de nº11 e 42, que estabeleciam as conferências de saúde e os conselhos de saúde, detalhando sua organização, inclusive, seu caráter deliberativo; e os artigos referentes ao financiamento (artigo 33 e 35)²¹. Com relação a esses últimos, estabeleciam repasses diretos do Fundo Nacional de Saúde aos municípios, uma espécie de contrapartida financeira à organização municipalizada da oferta de serviços que se estava criando. Os vetos de Collor atingiram também outros artigos como demonstra o quadro 1 a seguir, extraído do trabalho organizado por Faleiros et al. (2006). O quadro sumariza os vetos presidenciais na Lei 8.080/90 e esclarece quais vetos foram parcialmente recuperados por leis posteriores.

²¹ O veto ao artigo 11 revela a inclinação autoritária do governo Collor, uma vez que, em última instância, representava a tentativa de restringir os espaços de participação social e negociação democrática sobre os rumos da política de saúde. Vale notar que esse caráter participativo e democrático já havia sido previsto pela própria Constituição de 1988.

Quadro 1 – Os vetos de Collor na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90)

Veto	Matéria	Comentário
Artigo 11 e seus § e Artigo 42	Estabelece a Conferência e o Conselho de Saúde e detalha sua organização	Recuperado na íntegra na Lei nº 8.142/90
§ 3º do Artigo 26	Correção monetária no atraso da remuneração de serviços	Não foi matéria da Lei nº 8.142/90
Incisos II e III do Artigo 27	Instituição de planos de cargos e salários e carreira para o pessoal do SUS, em cada esfera de governo (II) e piso nacional de salário para cada categoria (III).	Inciso II parcialmente recuperado na Lei nº 8.142/90
Artigo 29	Escolas públicas que formam recursos humanos para a saúde serão subordinados ao SUS	Não foi matéria da Lei nº 8.142/90
Inciso I e §§ 4º e 6º do Artigo 32	Fontes de recursos para o SUS	Não foi matéria da Lei nº 8.142/90
§§ 2º e 3º do Artigo 33 e §§ 3º, 4º e 7º do Artigo 35	Repasse de recursos	Recuperado parcialmente na Lei nº 8.142/90 – Parte foi matéria de NOBs
§§ 1º a 4º e 7º do Artigo 39	Estrutura do Ministério da Saúde e incorporação do Inamps e outros órgãos	Recuperado parcialmente na Lei nº 8.689 (27/7/1993) – Matéria de diplomas legais posteriores
Artigo 40	Sucam e Fundação Sesp – Transição das ações para o SUS	Não foi matéria da Lei nº 8.142/90
Artigo 44 e §§	Transferências de servidores ao SUS	Recuperado parcialmente na Lei nº 8.689 (27/7/1993)
Artigo 48 e 49	Recursos do Fundo Nacional de Saúde para os municípios	Matéria posterior de portarias ministeriais
Artigo 51 e §§	Não redução de recursos do SUS pela média quinquenal – Recursos para o SUS de 8% do PIB	Não recuperado
Artigo 53	Encaminhamento ao Congresso Nacional em 6 meses: Plano de Cargos e salários; piso salarial; salário mínimo de profissionais e técnicos; regulamentação de pré-pagamento de serviços.	Não recuperado

Fonte: Faleiros et al. (2006).

Os vetos de Collor mobilizaram o movimento sanitário, bem como outros setores partidários do sistema público de saúde e da ampla participação social em sua organização. Em resposta a pressão desses setores, surge a Lei nº 8.142, em 28 de dezembro de 1990. No entanto, algumas matérias objeto de veto anterior são recuperadas apenas parcialmente, como no caso dos critérios de repasse direto de recursos às esferas subnacionais, que esperariam um pouco mais para adentrar no arcabouço legal do SUS. Outras matérias lograram ser recuperadas integralmente na Lei 8.142/90, como a criação dos conselhos e das conferências nacionais.

Em 1991, surge a Norma Operacional Básica (NOB) nº 01/91, através da Resolução nº 258, que representou uma clara tentativa recentralizadora do governo Collor. Esta norma estabelecia a nova política de financiamento do SUS para o ano de 1991. Dentre outras medidas, destacam-se: o financiamento da atividade ambulatorial e o repasse de recursos na forma de AIH às unidades executoras de forma proporcional ao tamanho da população; o convênio como forma de transferência de recursos do Inamps, já vinculado ao MS, para os estados, DF e municípios²²; o reajuste dos valores repassados pela União com base na Unidade de Cobertura Ambulatorial – UCA²³; pagamento de prestadores, diretamente pelo Inamps, através do sistema próprio informatizado SIA/SUS. Este desenho de financiamento não só expressava as intenções recentralizadoras como reforçava repasses financeiros com base em capacidade instalada, o que contribuía para a perpetuação das desigualdades na oferta do sistema de saúde.

Ainda no plano do financiamento, a NOB 01/91 estipulou algumas condições para o repasse direto de recursos aos municípios. Uma delas diz respeito à criação de conselho e fundo municipais de saúde. Os municípios deveriam também apresentar plano municipal de saúde aprovado pelo respectivo conselho e referendado pela administração executiva, bem

²² O convênio firmado com as esferas subnacionais estabeleceria em suas cláusulas: diretrizes do SUS relativas à programação, execução, acompanhamento e controle das ações de saúde, aprovadas no Plano Nacional de Saúde e fundamentada na Lei 8.080/90.

²³ Com relação à UCA, a NOB previa sua fixação através de Resolução do Inamps, observando-se os seguintes elementos: população, capacidade instalada, qualidade e desempenho técnico da rede de serviços de saúde. A atualização do valor nominal da UCA ocorreria a partir de abril de 1991, em conformidade com a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do Inamps.

como programação, orçamentação da saúde e o relatório de gestão local com informações de desempenho assistencial, gerencial e financeiro. Outra exigência da NOB 01/91 era a contrapartida de recursos próprios, de no mínimo 10% do orçamento municipal, e a elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários.

Como já apontado por outros autores (LEVCOVITZ, et al. 2001), os critérios de repasses dos recursos federais instituídos pela NOB/91, bem como pela sua substituta, a NOB 01/92, demonstram as intenções recentralizadoras da União na redefinição do arranjo federativo da política de saúde. Enquanto a legislação infraconstitucional (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90) estipula transferências diretas e automáticas, a NOB/91 retroage com o estabelecimento de transferências tuteladas por meio de convênios e repasses condicionados à produção. Assim, não obstante este ato normativo se apresentasse como facilitador da municipalização da saúde, seus critérios centralizadores demonstravam o contrário, suscitando diversas críticas.

Do ponto de vista operacional, para viabilizar a ação controladora da União, propunha-se a institucionalização de sistemas de pagamento aos prestadores informatizados e centralizados pelo Inamps. Para isso, tanto a NOB/91 como outros atos normativos da esfera federal no período 1991-1992, propõem a uniformização dos sistemas de remuneração aos prestadores de serviços, sejam eles públicos ou privados, que estivessem sob a gestão das esferas locais.

Embora, na época, a proposta de sistema uniformizado estivesse associada aos argumentos de maior efetividade, controle e acompanhamento dos repasses efetuados pela União, Levcovitz et al. (2001) salienta que o objetivo final era reafirmar a posição centralizadora da União nos rumos da política de saúde. Nas palavras desses autores, “A intenção da proposta, do ponto de vista mais geral, era a de reforçar a capacidade de indução e controle das mudanças no funcionamento do sistema de saúde pelo nível federal, a partir dos mecanismos de financiamento” (2001, p.274).

Ademais, do ponto de vista prático, não obstante a presença de critérios centralizadores na regulamentação das transferências, o governo federal não utilizou esse mecanismo no financiamento das esferas subnacionais no período 1991-1994. Ao contrário, a remuneração

aos prestadores, por meio do sistema SIA/SUS, predominou como forma exclusiva de repasse da União às demais esferas no custeio da saúde. Portanto, não vigorou, durante o período, as transferências diretas e automáticas de recursos (do Fundo Nacional para os Fundos Estaduais e Municipais), capazes de garantir autonomia das esferas subnacionais na gestão da política de saúde, mesmo com todo caráter centralizador e controlador dos critérios de repasse estabelecidos na NOB/91 e outros atos normativos (MENDES, 2005; LEVCOVITZ et al. 2001).

Na ausência de transferências federais diretas e automáticas, os gestores locais da política de saúde limitaram-se a custear serviços já disponíveis em seus territórios, em prejuízo de uma alocação de recursos mais autônoma e adequada às necessidades da população. Dito de outro modo, a despeito das vantagens de critérios de repasse baseados na remuneração de serviços²⁴, a **exclusividade** desse mecanismo no financiamento das esferas subnacionais contribuía para reprodução das disparidades no acesso à saúde, visto que o repasse de recursos federais estava condicionado à capacidade já instalada.

Ainda no âmbito das críticas à NOB/91, além da referência ao enfoque na produção e oferta já instalada, em detrimento das necessidades de saúde da população, para os repasses federais, Carvalho et al. (1993) e Levcovitz et al. (2001) destacam: (i) o privilégio das atividades de assistência médica em detrimento das ações voltadas para a saúde coletiva, pois não há menção ao financiamento dessas atividades; Levcovitz (1997) destaca também que o mecanismo de repasse financeiro baseado na remuneração à produção favorecia a relação direta entre União e municípios, prescindindo da articulação com a esfera estadual. Ao estabelecer convênios diretos entre o MS/Inamps e os municípios, a NOB/91 induzia à formação de sistemas municipalizados sem a articulação e integração necessárias à constituição de um modelo federativo adequado aos princípios do SUS.

Todas essas medidas adotadas entre 1990 e 1992 representaram um retrocesso extraordinário no processo de consolidação do SUS. Todavia a maior ameaça estava por

²⁴ Introdução de critérios explícitos na alocação de recursos federais, padronização dos pagamentos realizados, difusão de sistemas que permitem maior controle dos pagamentos, dentre outras vantagens (LEVCOVITZ et al., 2001).

vir: a revisão Constitucional prevista para ocorrer em 1993. Dada a correlação de forças existente nesse momento, francamente desfavorável ao movimento social, é provável que os setores liberais e conservadores tivessem êxito no propósito de desfigurar por completo a totalidade das conquistas sociais de 1988. Todavia, em função do *impeachment* de Collor (outubro de 1992), a revisão constitucional acabou não ocorrendo – tendo em vista as incertezas que se apresentaram no campo político e das ameaças à consolidação do processo democrático. O SUS ganhou, assim, uma sobrevida, em parte aproveitada pelos seus defensores que voltaram a ocupar postos-chave na burocracia federal.

2.2 O breve governo Itamar Franco: avanços e impasses na configuração institucional do SUS

Em linhas gerais, no governo Itamar Franco houve uma desaceleração do ímpeto reformista do seu antecessor, muito embora, a orientação liberal-conservadora permanecesse pairando sob o cenário político nacional. Nessa etapa inicia-se a formulação e implementação do Plano Real. Dentre as medidas adotadas, se destaca a criação do Fundo Social de Emergência – FSE (atual DRU), peça importante na arquitetura do novo plano e que propiciou a desvinculação de recursos constitucionalmente destinados à área social e aos Estados e Municípios para uso livre pela União.

No que diz respeito à implementação do SUS, não obstante a continuidade da crise financeira da saúde (discutida no próximo capítulo), é notório o seu fortalecimento do ponto de vista do modelo institucional. Nesse período foi extinto o Inamps, instituição emblemática do modelo privatista anterior, e promoveram-se esforços na construção do pacto federativo relativo à gestão da política de saúde.

O ponto de partida para os avanços no modelo institucional nesse período foi o importante espaço de poder que surgiu no Ministério da Saúde com o fim do governo Collor. Parte dos principais atores engajados com o movimento sanitário puderam assim retornar a essa instância de comando da política de saúde, motivados pelo reconhecimento de que não se avançou na construção do marco institucional necessário à formatação do sistema descentralizado. Ao contrário, houve retrocessos. A regulamentação criada nos anos do governo Collor possuía forte traço centralizador, indo, portanto, na contramão do processo.

Esse diagnóstico revela a centralidade da descentralização na estratégia de continuidade da Reforma Sanitária.

Essas percepções vão influenciar decisivamente a pauta da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, cujo tema foi “A municipalização é o caminho”. Nesta oportunidade, promoveu-se ampla discussão sobre as dificuldades de condução do processo de descentralização da política de saúde e ressaltou-se o pouco avanço proporcionado pelos instrumentos normativos federais nos primeiros anos da década de 1990. Dentre os obstáculos ao avanço da descentralização do sistema, destacou-se o retrocesso no que tange aos mecanismos de repasse financeiro e à necessidade de aperfeiçoamento da capacidade gestora dos municípios.

A 9ª CNS reforçou a necessidade de aprofundar o processo de descentralização da saúde, preservando-se a autonomia das esferas locais. Nesse sentido, seu relatório final “aponta para a construção de estratégias de repasse de verbas aos estados e municípios, com eliminação das transferências negociadas entre União, estados e municípios” (FALEIROS et al., 2006, p. 120).

As discussões da 9ª Conferência fomentaram a formação de um grupo especial de descentralização (GED), composto por membros do MS, Conass e Conasems. Este grupo elaborou um documento essencial à continuidade do processo de descentralização daquele momento em diante: “Descentralização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei”. Aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em abril de 1993, esse documento deu origem, logo em seguida, à NOB 01/93, instituída pela portaria nº 545/93, que regulamentava o processo de descentralização da gestão das ações e serviços públicos de saúde.

Com a publicação da NOB 01/93 o MS buscava avançar na construção do arranjo institucional do SUS, especialmente no que tange à redefinição de papéis e das relações entre as três esferas de governo. No entanto, esse ímpeto transformador partia da compreensão da necessidade de efetuar as mudanças na organização do SUS sem “rupturas bruscas” que comprometessem a operacionalização do sistema. Desta premissa, surge a estratégia de descentralização trazida pela NOB 01/93, a qual compreendia um período de

transição. Esta opção justificava-se pela compreensão da diversidade dos entes subnacionais quanto à capacidade e disposição em assumir responsabilidades na gestão das ações e serviços. Assim, o modelo de descentralização compreendia modalidades de gestão variadas, com graus de responsabilidades administrativas e financeiras crescentes (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993).

Para os municípios, a NOB 01/93 estabeleceu as seguintes condições de gestão: incipiente, parcial e semi-plena; para os estados, parcial e semi-plena. À cada modalidade, associavam-se responsabilidades, prerrogativas, requisitos e condições de operacionalização específicas. A perspectiva, em última instância, era a descentralização plena do sistema, com assunção total da responsabilidade pelos serviços por parte dos entes subnacionais.

Mas a idéia de transição, presente na NOB 01/93, permitia ao gestor local assumir a condição de gestão que achasse mais adequada e, posteriormente, conforme os avanços na capacidade gestora local, era possível migrar para modalidades de gestão mais complexas. O mais importante é que essas modalidades conviviam simultaneamente, de modo a possibilitar aos municípios com maior capacidade gestora assumirem o nível de gestão mais plena sem a necessidade de cumprimento das outras modalidades como estágios anteriores. Os próprios entes faziam a opção por uma ou outra modalidade, de acordo com sua capacidade em cumprir os parâmetros associados a cada uma, conforme estabelecido na NOB.

A principal inovação nesse arranjo foi a introdução de mecanismos de repasse direto e automático de recursos (fundo a fundo) nos municípios em condição de gestão semi-plena. No entanto, a definição do volume de recursos transferidos desta forma observava a produção apresentada nos Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS (SIA/SUS, SIH/SUS), mantendo-se a mesma lógica dos atos normativos anteriores (LEVCOVITZ et al., 2001). Ao utilizar as informações desses sistemas na definição dos tetos financeiros dos repasses, a União permanecia privilegiando a capacidade instalada em detrimento de iniciativas que rompesse as desigualdades no acesso às ações e aos serviços de saúde.

Além das transferências automáticas para os municípios em condição de gestão semi-plena, a NOB 01/93 previa incentivos financeiros às esferas subnacionais para estimular a adesão às modalidades de gestão. O Fator de Apoio ao Estado (FAE), consistia em repasse de recursos de custeio aos estados enquadrados nas condições de gestão parcial e semi-plena. Já o Fator de Apoio ao Município (FAM) previa repasses de recursos de custeio aos municípios enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena. Contudo, esses incentivos não ocorreram na prática, assim como também não se efetivou o repasse de saldos financeiros previstos para as condições de gestão parcial e incipiente, como mostram Lucchese (1996) e Levcovitz et al. (2001).

Esses autores apontam a crise financeira da saúde como motivo principal para a não implementação dos incentivos financeiros previstos pela NOB 01/93. Lucchese (1996, p. 121) ressalta esse aspecto e explica como o impasse financeiro comprometeu a implantação da estratégia de descentralização contida na NOB 01/93:

A conjuntura adversa do financiamento setorial impossibilitou a implantação integral das condições de gestão estabelecidas pela NOB SUS 01/93. Não houve recursos para regularizar o repasse do FAM e do FAE (...). Não houve também repasse dos saldos financeiros previstos para as condições de gestão parcial, e do teto financeiro global para estados que assumiram a condição de gestão semiplena. Só foi possível implantar a condição de gestão semiplena para os municípios.

Não obstante as dificuldades no campo do financiamento da saúde e o conseqüente comprometimento dos incentivos financeiros, a avaliação da adesão dos municípios às condições de gestão proposta na NOB 01/93 revela algum engajamento da esfera municipal. Dados do MS apresentados por Lucchese (1996) mostram que, em dezembro de 1995, 2.112 municípios estavam habilitados na condição de gestão incipiente, 592 em gestão parcial e apenas 56 em gestão semiplena. Apesar de tímido, esse engajamento denota, como percebeu Lucchese (1996, p. 122), que “perto de 55% dos municípios brasileiros já estavam, ao final de 1995, familiarizados com a perspectiva de gestão descentralizada do SUS”.

2.3 Política de saúde no governo FHC

Durante o governo de FHC assistimos à reordenação do papel do Estado com o aprofundamento das reformas liberal-conservadoras. Os fundamentos desenvolvimentistas do modelo econômico anterior cedem lugar definitivamente às diretrizes de promoção da competitividade, sendo esta focada, principalmente, na garantia da estabilidade econômica²⁵. Essa reorientação implicou numa compressão do papel do Estado em favor do mercado, prescindindo-se do papel do primeiro na elaboração e coordenação de políticas de desenvolvimento.

A transformação do modelo econômico, especialmente após 1999, envolveu forte ajuste fiscal, com o conseqüente comprometimento do custeio das políticas sociais. Por outro lado, esse mesmo modelo privilegiou o capital financeiro internacional e a inserção do Brasil nos circuitos da financeirização global, penalizando o crescimento sustentável, o desenvolvimento econômico e agravando o deterioramento do quadro social²⁶. Vale lembrar ainda a forte influência dos organismos internacionais, especialmente o FMI, na definição da política macroeconômica e da agenda de reformas, numa clara renúncia à soberania econômica e política do país.

Todavia, de forma contraditória, mesmo nesse contexto político e econômico desfavorável, a construção do modelo institucional do SUS avançou bastante no período. Como compreender esse fato? Em alguma medida, isso denota que a implementação do SUS, conforme as diretrizes do projeto de reforma setorial inseridas na CF e reforçadas nas leis federais do SUS, tornou-se uma política de Estado²⁷. Em grande medida, essa transformação está relacionada com a força e a influência dos movimentos sociais,

²⁵ O próprio conceito de estabilização, bem como a determinação da política econômica, refletia a forte influência do *mainstream* econômico, particularmente das escolas monetarista e novo-clássica (SICSÚ, 2002 e 2003). Para uma maior compreensão dos fundamentos da ortodoxia e suas manifestações na política monetária, consultar Madi (1993).

²⁶ Para uma discussão mais detalhada sobre as opções de política econômica nesse período e suas conseqüências para o desenvolvimento brasileiro, consultar Carneiro (2002) e Belluzzo e Almeida (2002).

²⁷ Contudo, vale lembrar que esta conjuntura obstaculizou a implementação do SUS por outra via, através dos impasses no campo do financiamento decorrentes dos resultados da política econômica. Este assunto será discutido mais detalhadamente no capítulo 2 deste trabalho.

intrínsecos ao setor da saúde, sobre as instâncias do poder. Destaque-se, sobretudo a forte capilaridade do movimento sanitário: a partir da NOB 1/93 o SUS contava com o apoio da quase totalidade dos governos municipais e estaduais do país, independente da opção política partidária. Houve, assim, um notável engajamento dos gestores nas esferas subnacionais. Da mesma forma, a difusão dos Conselhos Municipais e Estaduais, ampliou a institucionalização da participação social a partir de 1993. Observe-se, por fim, o papel político ascendente do Conass e, especialmente, do Conasems no âmbito do Conselho Nacional de Saúde e, portanto, na definição dos rumos do SUS a partir desse momento.

Desta forma, a emergência e o fortalecimento de novos atores foi fundamental para a “blindagem” do SUS no contexto político adverso marcado pelo avanço das idéias liberais, conforme sugerem Viana et al. (2002a, p. 141) “(...) esse processo de crescente democratização e politização conseqüentes da descentralização faz com que a política adquira maior estabilidade para enfrentar coalizões anti-reformas e aumentar a capacidade de regulação do sistema de saúde”.

Neste cenário, houve avanços inegáveis no desenho institucional do SUS. Do ponto de vista da instrução e regulação da organização do sistema nesse período, elaborou-se a NOB SUS 01/96 e, posteriormente, as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) nas versões 2001 e 2002. Seguindo a mesma lógica que motivou as Normas Operacionais anteriores, esses atos normativos almejavam resolver impasses derivados da implementação do processo de descentralização, de modo a avançar na definição do modelo institucional organizativo do SUS²⁸.

2.3.1 A NOB SUS 01/96

Em 06 de novembro de 1996, foi publicada a NOB SUS 01/96, através da Portaria MS nº 2.203, trazendo definições claras no que tange ao pacto federativo da saúde, ao arranjo do financiamento e ao caráter participativo da gestão do SUS.

²⁸ De acordo com Viana et al. (2002a, p. 141), as NOs foram sucedendo umas às outras ao longo dos anos 1990 seguindo uma lógica contínua: “(...) cada norma criou uma série de contradições que passaram a ser resolvidas pela Norma subseqüente, numa tentativa ascendente de adequar o processo de descentralização setorial à racionalidade sistêmica, aos modelos de atenção à saúde e ao financiamento”.

Na dimensão do reordenamento do pacto federativo, a NOB visou à consolidação do papel do poder público municipal como gestor principal da atenção à saúde na esfera local, o que envolvia sobretudo a reorganização do modelo assistencial, com os municípios assumindo a responsabilidade pela execução direta da atenção básica. Assim, a NOB propunha a redefinição das responsabilidades das esferas de governos na arquitetura da gestão do sistema, explicitando a responsabilidade sanitária de cada gestor tanto na prestação do serviço quanto na garantia da referência.

Quanto ao arranjo do financiamento, o objetivo maior era ampliar a participação das transferências regulares e automáticas dos recursos federais aos municípios e introduzir essa modalidade de repasse no financiamento dos estados. A idéia era aumentar a participação das transferências “fundo a fundo” *vis a vis* a participação dos repasses condicionados à produção (remuneração de serviços produzidos). Com esse objetivo, foi estabelecido o Piso Assistencial Básico (PAB), que instituiu um valor per capita mínimo para os municípios. De fato, a idéia do PAB introduz a noção de “pré-pagamento” no custeio da atenção básica, onde até então prevalecia a modalidade de “pós-pagamento” com base na produção, representando significativa inovação para o modelo de financiamento federal do setor (LEVCOVITZ et al. 2001).

Buscava-se também fortalecer a gestão compartilhada do SUS entre as três esferas de governo, o que compreendia o fortalecimento da CIT e das CIBs como espaço de negociação na definição da política nacional de saúde²⁹.

Quanto à estratégia de descentralização, a NOB 01/96 manteve o pressuposto da existência de diferenças locais importantes e, portanto, a necessidade de um processo gradual de transferência de responsabilidades na gestão do sistema. A partir da NOB/96 as condições de gestão para os estados se tornam: avançada do sistema estadual e plena do sistema estadual. Para os municípios, a NOB estabeleceu as seguintes condições: plena da atenção

²⁹ Por ocasião, vale destacar o caráter amplamente participativo que marcou o próprio processo de negociação e formulação da NOB SUS/96, o qual envolveu os fóruns do Conselho Nacional de Saúde e da CIT, oficinas de trabalho do Conass e encontros do Conasems. Desse modo, logrou-se alcançar uma proposta consensual, de acordo com as perspectivas dos gestores nos diferentes níveis do sistema, conforme os esclarecimentos de diversos autores (LEVCOVITZ et al. 2001; VIANA et al. 2002a).

básica e plena do sistema municipal. Para cada uma dessas habilitações de gestão havia modalidades de repasse de recursos federais referentes às diversas áreas do sistema (ambulatorial e hospitalar, vigilância sanitária, ações de epidemiologia e controle de doenças).

Sumarizando as principais inovações trazidas a partir da NOB 01/96, segundo Levcovitz et al. (2001), podemos destacar: a modificação do conceito original do PAB para Piso Assistencial Básico, com significativa extensão da cobertura. Avançou-se também com a subdivisão do PAB em uma parte fixa e outra variável. O volume da parcela fixa é calculado a partir de um valor per capita. Já a parte variável, diz respeito a incentivos financeiros, portanto, está condicionada a adesão das esferas subnacionais aos programas elaborados pelo Ministério da Saúde (PACS, PSF, Programa de Carências Nutricionais e Assistência Farmacêutica Básica). Manteve-se, entretanto, a transferência direta, fundo a fundo, das duas parcelas³⁰.

Ainda no campo do financiamento, houve a criação de mecanismos de financiamento para as ações de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica e ambiental, também transferidos diretamente aos Fundos Municipais de Saúde (FMS). Porém a transferência exigia como contrapartida a aplicação de recursos próprios das esferas subnacionais; Outra importante inovação foi a criação do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) para financiamento de ações e programas específicos do MS e algumas ações da alta complexidade.

Para avaliar os resultados do processo de descentralização no período 1996-2000, o qual considera a NOB 01/96 e demais portarias, nos baseamos, sobretudo, nos levantamentos de Levcovitz et al. (2001) e Viana et al. (2002b). Esses estudos apontam notáveis avanços no período, mas também a emergência de novos desafios para a consolidação do SUS.

³⁰Alguns autores questionaram a lógica do PAB variável, tendo em vista se tratar de verbas “carimbadas”, restringindo a autonomia local na gestão do recurso. A esse respeito consultar o trabalho de Marques e Mendes (2003). Uma visão alternativa a essa argumentação pode ser encontrada em Arretche (2003).

No que se refere ao processo de habilitação, houve grande adesão dos municípios, concentradas, sobretudo em 1998. Como reflexo, em dezembro de 1999, 99% dos municípios brasileiros estavam habilitados em uma das modalidades de gestão estipuladas pela NOB 01/96, a maior parte em Gestão Plena da Atenção Básica. Já no que diz respeito aos estados, o processo de habilitação foi mais lento: em dezembro de 1999, apenas oito estados estavam enquadrados em uma das condições de gestão da NOB.

A principal consequência dessa rapidez no processo de habilitação municipal foi o consequente aumento de repasses diretos e automáticos do fundo nacional para os fundos municipais de saúde, numa clara substituição da forma anterior de transferência condicionada ao montante produzido, pela qual a esfera federal transferia recursos diretamente aos prestadores.

Outra dimensão importante para avaliar o processo de descentralização, diz respeito ao pacto de gestão firmado entre estados e municípios. Quanto a essa dimensão, Levcovitz et al. (2001) destacam as imprecisões da NOB 01/96, as quais por sua vez deram margem a interpretações ambíguas e, conseqüentemente, produziram arranjos diferenciados de gestão entre estados e municípios em todas as UFs, com pactos de gestão variáveis quanto ao grau de responsabilidade e atribuições na atenção à saúde na esfera municipal.

Os autores ressaltam que a dubiedade emergiu porque, de um lado, a NOB 01/96 explicitou as responsabilidades do gestor estadual e municipal em cada modalidade de gestão; de outro, estabeleceu o recorte dicotômico de habilitação e ressaltou o papel da CIB na decisão do modelo de gestão. Decorreu-se daí, em termos efetivos, os mais variados pactos de gestão entre estados e municípios, situação observada tanto na Gestão Plena da Atenção Básica quanto na Gestão Plena do Sistema Municipal.

Quanto ao modelo assistencial, a NOB 01/96, mais do que as normas anteriores, continha notável esforço para avançar na consolidação de um modelo focado na prevenção e na atenção primária. Em regulamentação posterior, instituiu-se o PAB-variável através do qual recursos financeiros são transferidos como incentivo para estruturação de alguns programas do MS, notavelmente os Programas Agente Comunitário de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF). Assim, após a NOB 01/96, há uma expansão significativa desses programas

em todo o país, atestando o esforço em constituir um modelo de saúde centrado na atenção básica por intermédio desses programas.

2.3.2 NOAS 2001 e 2002: tentativa de implementar a regionalização

Ao final dos anos 1990, era visível o avanço obtido na implementação do SUS com relação à descentralização político-administrativa, com ênfase na municipalização. Porém, esse mesmo avanço revelou a presença de um conjunto de problemas de gestão do sistema e no desenho do modelo assistencial, os quais dificultavam a consolidação de um sistema universal, equânime e com atenção integral³¹.

Com relação à gestão, a grande dificuldade estava em construir redes assistenciais regionalizadas que garantissem a oferta de serviços em todos os níveis de atenção. A grande diversidade entre os municípios brasileiros produzia resultados diferentes quanto a este quesito, como se observa no trecho a seguir.

Do ponto de vista da organização do sistema e do acesso da população às ações de saúde, a marcante heterogeneidade entre estados, e mais ainda entre municípios, torna mera causalidade que o espaço territorial-populacional e a área de abrangência política-administrativa de um município correspondam a uma rede regionalizada e resolutiva de serviços com todos os níveis de complexidade, ou mesmo que esta se localize dentro de um estado sem exercer poder de atração para além de suas fronteiras legais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b, p. 11).

Por sua vez, diversos estados não assumiram as funções de coordenação dos sistemas municipais no sentido de constituir redes intermunicipais. Diante disso, a continuidade do processo de descentralização e de consolidação do SUS com base nos princípios da universalidade, equidade e integralidade vai exigir uma nova estratégia: a regionalização. Formalmente, a estratégia foi apresentada na Norma Operacional da Assistência à Saúde

³¹ Para uma abordagem detalhada dos problemas e obstáculos à continuidade do processo de descentralização nesse período consultar Ministério da Saúde (2001a e 2001b) e Souza (2001), principais referências utilizadas nesta seção.

(NOAS-SUS 01/01), através da Portaria MS/GM nº 95, publicada em 26 de janeiro de 2001³².

A ênfase na necessidade de promover a regionalização da assistência justifica-se por um motivo claro: a inviabilidade de constituir redes assistenciais orientada apenas pela lógica da divisão territorial político-administrativa. Como revela o diagnóstico do Ministério:

Existem, no Brasil, milhares de municípios pequenos demais para gerirem, em seu território, um sistema de saúde completo, ou seja, capaz de oferecer ações de saúde de todos os níveis de complexidade, assim como existem dezenas de maior porte que são pólos de atração regional. Da mesma forma, nas áreas contíguas às divisas interestaduais, é freqüente que a rede de serviços de saúde deva se organizar com unidades situadas em ambos os lados da demarcação político-administrativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b, p. 11).

Na estratégia de descentralização empreendida durante os 1990, prevaleceu a organização funcional do sistema baseada na lógica da divisão territorial político-administrativa. Para usar as palavras de Piola (2002), “a descentralização foi nitidamente municipalizante”. Diante das reconhecidas disparidades municipais e da ausência de esforços no sentido da articulação intermunicipal das redes de assistência, tal estratégia favoreceu a iniquidade no acesso aos serviços de saúde.

Portanto, a estratégia da regionalização nasce do reconhecimento da necessidade de considerar variáveis técnico-operacionais, territoriais e populacionais na organização da rede de serviços, além dos aspectos políticos-administrativos referentes ao arranjo federativo. Essa preocupação justifica-se pela perspectiva de avançar no processo de descentralização, garantindo a resolutividade da rede de assistência e a equidade no acesso aos serviços.

³² Mantendo a tradição das normas anteriores, o processo de elaboração das diretrizes da NOAS 01/01 envolveu amplo debate e negociação entre os principais atores da arena política setorial. A partir de uma solicitação da CIT, o MS apresentou a primeira versão de uma proposta para a regionalização, a qual foi sofrendo alterações conforme sugestões apresentadas pelo CONASS, CONASEMS e do CNS.

Desse modo, a NOAS 01/01 assume a regionalização como a macroestratégia fundamental na continuidade da descentralização do sistema de saúde. O trecho a seguir esclarece em que consiste tal estratégia.

A macroestratégia de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução dos seus problemas de saúde, otimizando recursos disponíveis” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b, p. 15).

Quanto ao financiamento, a despeito dos avanços obtidos, o recebimento de recursos ainda permanecia fortemente vinculado à oferta de serviços, à série histórica de gastos e de produção e à capacidade instalada pré-existente. Esta lógica desafiava a reversão das disparidades locais no acesso aos serviços de saúde (SOUZA, 2001).

No que tange ao modelo assistencial, o desafio era ampliar a resolutividade do sistema e a equidade. Para isto:

Além das ações mínimas de atenção básica a serem asseguradas em todos os municípios brasileiros, [...], a NOAS 01/01 propõe a formação de módulos assistenciais resolutivos, constituídos por um ou mais municípios, que garantam no âmbito microrregional o acesso ágil e oportuno de todos os cidadãos a um conjunto de ações de saúde freqüentemente necessário para atender os problemas mais comuns de saúde, que nem sempre podem ser oferecidas em todos os municípios pelo seu pequeno porte populacional (SOUZA, 2001, p. 454).

Ainda no campo da ampliação do acesso e da promoção da qualidade, a NOAS 01/01 instituiu a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) como uma das condições de gestão municipal, em substituição à Gestão Plena da Atenção Básica, prevista na NOB 01/96. Nessa nova condição, os municípios ficavam comprometidos com ações em áreas de atuação estratégica (controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial, controle da diabetes mellitus, saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal). Essas ações deveriam ser assumidas por todos os municípios brasileiros como

um componente essencial e mínimo para o cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica, instituído pela Portaria MS/GM n. 3.925, de 13 de novembro de 1998.

Como contrapartida ao estabelecimento da GPABA, a NOAS transformou o Piso de Atenção Básica (PAB) em PAB-ampliado, tendo em vista o maior conjunto de ações e atividades que passariam a compor a atenção básica, já sob responsabilidade municipal. O valor do PAB-ampliado só seria definido meses após a publicação da norma, mas a mesma já determinava que os municípios cujo valor do PAB fixo fosse superior ao PAB-ampliado não teriam acréscimo no valor per capita recebido.

Além da GPABA, a NOAS facultava à esfera local, a Gestão Plena do Sistema Municipal, introduzida pela NOB 01/96. Todos os municípios habilitados nessa condição, também estariam habilitados em GPABA. Já para os estados, a NOAS manteve as condições de gestão em vigor: Avançada do Sistema Estadual e Plena do Sistema Estadual.

Após a publicação da NOAS SUS 01/01, as tentativas de implementação esbarraram em entraves na operacionalização de determinados itens. Por isso, a norma não logrou ser efetivamente implementada, mas as dificuldades de implementação reabriram o debate no segundo semestre de 2001 entre os principais atores da arena setorial, culminando com a elaboração da NOAS 01/2002, publicada pela Portaria MS/GM nº 373 em 27 de fevereiro de 2002. Vale lembrar que esta norma manteve as diretrizes organizativas definidas pela NOAS anterior, buscando apresentar as alternativas para superação dos entraves identificados na tentativa de sua operacionalização.

Como saldo da implementação da NOAS, Solla (2006, p. 336) destaca: “o fortalecimento das ações de regulação, controle e avaliação da regionalização na pauta prioritária dos gestores do SUS nas três esferas de governo e a ampliação do emprego da Programação Pactuada Integrada (PPI)”. Dentre os avanços recentes do processo de descentralização do SUS, o autor também destaca a adesão total dos estados à gestão plena em outubro de 2004.

Ocorreu também um aumento significativo do número de municípios habilitados em gestão plena do sistema municipal, alcançando um total de 657 em outubro de 2005. No âmbito da gestão da atenção básica, a Portaria Ministerial nº 2.023, de 23 de setembro de 2004,

estabeleceu para todos os municípios e para o DF a responsabilidade pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e execução das ações de atenção básica.

Apesar desses avanços, ainda permaneciam limitações e fragilidades da NOAS como principal instrumento para enfrentar os desafios da gestão descentralizada do sistema. Na verdade, parecia haver um esgotamento do modelo de descentralização fundado na adesão (vontade política do gestor local), habilitação (comprovação de requisitos e capacidades) e concordância (dos gestores das demais esferas), como mostrou Solla (2006).

2.4 Os rumos da política de saúde durante o primeiro Governo Lula

Grosso modo, o cenário político e econômico pouco se alterou com o advento do governo Lula. A principal continuidade está no campo da política macroeconômica: manteve-se o mesmo modelo iniciado por FHC, observando-se até mesmo um certo aprofundamento do viés ortodoxo percebido no primeiro ano do novo governo, quando houve ampliação das metas de superávit fiscal e da taxa de juros. Porém, houve uma desaceleração do ímpeto liberalizante que vigia desde 1990. Isto significou um arrefecimento da ênfase privatizante e de redução do aparato estatal. Este cenário abriu brechas para que novos avanços institucionais fossem consagrados.

Do ponto de vista do processo de implementação do SUS, a principal novidade está na nova estratégia de gestão do SUS, consubstanciada no Pacto pela Saúde, envolvendo novas diretrizes no processo de descentralização. A busca de uma nova estratégia tem como motivação principal a consolidação de um sistema efetivamente universal, equânime e integral, conforme preconizado pela Constituição de 1988.

2.4.1 Pacto pela Saúde: uma nova tentativa de consolidação do SUS

A identificação de limites da estratégia promovida até então e dos desafios ao avanço da gestão descentralizada, com garantia da equidade e resolutividade, colocou a necessidade de reformulação do processo de descentralização. Assim, em 2004, começou a construção da proposta do Pacto de Gestão. A proposta consistia na substituição do modelo de adesão voluntária por um modelo de contratualização entre gestores das três esferas. Ou seja, ao invés da simples transferência de recursos e responsabilidades mediante decisão do gestor

local, a responsabilização ocorreria de modo negociado e envolvendo criação de capacidade progressiva de gestão, cooperação técnica e financeira e negociação de metas entre as três esferas.

O Pacto pela Saúde substituiu então a forma pela qual os estados e municípios assumiam a gestão do SUS. Antes, as Normas Operacionais (NO) estabeleciam modalidades de gestão pré-determinadas e os diversos entes subnacionais deveriam se enquadrar nessas modalidades. Ou seja, as condições de habilitação padronizadas estabeleciam mesmas condições de gestão na saúde para uma ampla diversidade de estados e municípios. Com a instituição do Pacto, os entes assumem a gestão do sistema através da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG). Por esse mecanismo, há maior possibilidade dos estados e municípios expressarem sua estrutura de saúde na assunção das metas e compromissos de gestão, ou seja, há maior espaço para reconhecer as fragilidades institucionais de cada ente no estabelecimento da cooperação técnica entre União, estados, DF e municípios³³.

Após debate junto à CIT e ao CNS, a proposta foi aprovada e publicada na Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Ficava a partir de então instituído o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, o qual envolve, além do Pacto de Gestão, o Pacto pela Vida e em Defesa do SUS³⁴. Pela referida portaria fica também instituída a revisão anual do Pacto pela Saúde e, conseqüentemente, das prioridades em cada uma dessas dimensões, observando sempre os princípios constitucionais do SUS e as necessidades da população.

³³ Desse ponto de vista há uma forte perspectiva de aperfeiçoamento e maior efetividade do processo de descentralização, tendo em vista que algumas análises apontam a influência decisiva de variáveis microinstitucionais locais sobre o (in)sucesso de determinadas políticas. É especialmente interessante nesse sentido a abordagem de Viana et al. (2002a). Esses autores reconhecem que a alta heterogeneidade entre os municípios refletiu a formação de modelos singulares de saúde cujas configurações dependem de variáveis como: “formas anteriores de gestão e organização dos serviços; arranjos políticos e as formas de expressão no plano regional, tipo de relacionamento estabelecido entre as esferas de poder (...), grau de associativismo e de capital social criados e desenvolvidos, perfis de financiamento e gasto local em saúde”. Assim, “são a qualidade e a natureza desses perfis de atuação, ou ainda as características do poder municipal que melhor respondem pelo desempenho da implantação de determinadas políticas setoriais” (VIANA et al., 2002a, p.141). Por isso, considerando a maior flexibilidade do TCG em captar as especificidades locais, é possível que o processo de descentralização proposto pelo Pacto produza melhores resultados do ponto de vista da qualidade dos sistemas municipais de saúde.

³⁴ Em março de 2006, a Portaria nº 699/GM regulamentou as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão e, com isso, trouxe orientações importantes para a implementação do Pacto pela Saúde.

O Pacto pela Vida diz respeito a um conjunto de compromissos sanitários definidos pelos três entes e com execução focada em resultados. Na versão 2006, as prioridades do Pacto pela Vida envolvem objetivos nas seguintes áreas: saúde do idoso, câncer de colo de útero e de mama, mortalidade materna e infantil, fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica por meio da estratégia do Programa Saúde da Família.

O Pacto em Defesa do SUS traz o compromisso das três esferas de governo em “reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), garantindo a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema universal viabilizador desse direito. Para isso, prevê como principal estratégia um projeto permanente de mobilização social em defesa da política de saúde tal como foi estruturada pela Constituição de 1988 e na Lei Federal 8.080/90.

Como ponto central, o Pacto em Defesa do SUS destaca a importância de garantir financiamento público adequado às necessidades do sistema. Nesse sentido, entre as diretrizes de curto prazo do Pacto em Defesa do SUS, está a regulamentação da Emenda Constitucional 29 pelo Congresso Nacional, demonstrando uma forte expectativa de aumento dos recursos da saúde decorrente da regulamentação da emenda.

Ainda no campo do financiamento, há preocupação em explicitar a participação de cada esfera no custeio das ações e serviços públicos de saúde. Para isso, o Pacto propõe a aprovação do Orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas no custeio da política de saúde.

Mas, no que tange ao processo de descentralização e à arquitetura institucional do SUS, as principais novidades estão mesmo no Pacto de Gestão do SUS. Como dito anteriormente, com o Pacto fica extinto o processo de descentralização por meio de habilitações, introduzindo-se, em seu lugar, a formalização de termos de compromisso de gestão. Assim, busca-se definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária e os compromissos de cada instância gestora do SUS, superando o processo de habilitação promovido até então.

O Pacto de Gestão reafirma ainda o compromisso com a regionalização, reconhecida como eixo estruturante dos processos de descentralização e de negociação e pactuação entre gestores. No campo do financiamento, estabelece o repasse de recursos federais para as esferas subnacionais em blocos de financiamento (atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS).

Ainda é muito cedo para uma avaliação dos resultados do Pacto, até mesmo porque o mesmo ainda não foi efetivamente implementado³⁵. Mas algumas questões relativas a suas proposições merecem alguns comentários.

Apesar da substituição do processo de habilitação, a proposta do pacto está baseada numa adesão voluntária. Assim, como lembra Solla (2006), parece imprescindível a criação de incentivos para estimular a adesão dos gestores municipais e estaduais ao Pacto de Gestão.

Do ponto de vista do arranjo do financiamento, a criação de um bloco de financiamento específico para a promoção da gestão do SUS destaca-se como iniciativa bastante interessante. Outro ponto positivo neste campo diz respeito ao esforço para explicitar a contrapartida financeira de cada ente no custeio do SUS, até como medida estimuladora do cumprimento dos mínimos estabelecidos pela legislação. Nesse sentido, estipulou-se que o Termo do Limite Financeiro Global do Município deve explicitar os recursos de custeio próprio das esferas municipal e estadual.

Contudo, ainda com relação à configuração dos repasses de recursos federais, há a preocupação de que a criação de blocos de financiamento crie limitações significativas para os gestores locais, na medida que o uso dos recursos fica “amarrado” às finalidades de cada bloco, como se percebe na argumentação de Solla (2006).

³⁵ Até o final de outubro/2007, 812 municípios e 16 estados formalizaram o Termo de Compromisso de Gestão Municipal e o Termo de Compromisso de Gestão Estadual, representando 15% do total dos municípios e 60% dos estados. Enquanto não for assinado o Termo de Compromisso de Gestão, ficam mantidas as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos estados e municípios que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema conforme NOB 96 e a NOAS 2002.

Considerações finais sobre o capítulo

Neste primeiro capítulo buscamos reconstituir a trajetória institucional da política de saúde no Brasil. Nessa reconstituição, caracterizamos três momentos distintos desta política: o modelo de seguro social durante a fase desenvolvimentista (do início do século XX até os anos 1980); uma etapa de transição que marcou a década de 1980 e o modelo universalizante do SUS, que ganhou impulso a partir de 1993.

No modelo de seguro social, o sistema de saúde caracterizava-se pela segmentação, representada pela separação entre ações de saúde coletiva e a assistência médico-hospitalar, e pela seletividade da cobertura. Apesar de iniciado na Era Vargas, esse modelo foi aprofundado pelos militares, que após a unificação dos institutos previdenciários criando a previdência no INPS, expandiu a cobertura assistencial ao limite dos trabalhadores formais, mantendo relegada a segundo plano a atenção destinada aos demais segmentos da população.

Estimulado pela política do regime militar, o segmento de medicina previdenciária conheceu ampla prosperidade concomitante ao avanço do desenvolvimento econômico. Contudo, a expansão da cobertura aos trabalhadores urbanos formais foi realizada, fundamentalmente, mediante a compra de serviços privados, o que não só favoreceu, mas também acelerou o desenvolvimento do capital privado no setor e a conseqüente privatização dos serviços de saúde. Não restam dúvidas, portanto, da orientação privatizante da política de assistência médica durante o regime militar, a qual irá resultar na constituição de um ator importante – o segmento privado – o qual delimitará seu espaço no processo de luta pela transformação do sistema de saúde.

Em fins dos anos 1970, tem início um processo de luta pela reforma no setor saúde, comandado pelo movimento sanitário, buscando-se a universalização do acesso com a democratização do direito à saúde. Este movimento logrou conquistas importantes ainda dentro do modelo de seguro, como o fim da exigência da carteira de segurado do Inamps para atendimento na rede conveniada nos anos 1980. Com a instauração da Constituinte em 1988, surgiu um momento político importante para introduzir na, Constituição Federal, os princípios da Reforma Sanitária, materializando-os na criação do SUS.

Por sua vez, a institucionalização do direito à saúde integrou uma mudança mais ampla no tratamento concedido aos riscos sociais. Com efeito, substituiu-se o conceito de seguro (cobertura ao contribuinte) pelo conceito de seguridade social (cobertura ao cidadão) nas políticas sociais brasileiras, afastando a capacidade contributiva como requisito de elegibilidade aos benefícios da seguridade social. Por trás de tal iniciativa, estava **o anseio em resgatar a imensa dívida social herdada de um período de brilhantismo no desenvolvimento econômico, mas de pouco enfrentamento das questões sociais.**

Assim, nasce a universalização buscando a cobertura de segmentos até então desprotegidos. No entanto, ela vem no contexto pós-desenvolvimentista, o qual colocará obstáculos não desprezíveis para a consolidação dos novos direitos sociais trazidos pela Constituição. Constituído legalmente um sistema de saúde de acesso universal e igualitário, a continuidade do processo de Reforma Sanitária enfrenta o **desafio de concretizar tal sistema na ausência de um projeto nacional de desenvolvimento centrado no crescimento econômico com o enfrentamento das desigualdades e da exclusão social.** Nesse contexto, as dificuldades de financiamento e a herança privatista do modelo anterior atuaram contra a consolidação do SUS, resultando, da incompletude da Reforma Sanitária, um sistema “esgarçado”.

Com dificuldades de financiamento e sem alcançar a almejada integração típica de um Sistema Nacional (dada a preservação do segmento privado no seu interior), o SUS apóia-se em duas grandes estratégias: a descentralização e a atenção primária, esta implementada principalmente através do Programa Saúde da Família (PSF). A estratégia da descentralização discutida neste capítulo se baseou na conformação de um quadro normativo, através da emissão de várias portarias pelo MS visando definir o arranjo federativo na gestão da política de saúde.

Não obstante os avanços no campo normativo da descentralização, é importante considerar em que medida esta estratégia não ficou comprometida pelos impasses do financiamento. Assim, no capítulo seguinte, discutiremos os dilemas do financiamento do SUS, buscando identificar possíveis explicações para as dificuldades de implementação de um sistema de saúde universal, equânime e de qualidade, a despeito de importantes conquistas no arranjo institucional do sistema, como verificado no presente capítulo.

CAPÍTULO 2 – O ESTREITAMENTO DAS BASES DE FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE

Do ponto de vista da configuração da sua base legal, o SUS se assemelha aos Sistemas Nacionais de Saúde, fundados no princípio da universalidade e integralidade da cobertura e tendo o Estado como organizador da atenção à saúde. Mas como discutido no capítulo anterior, a consolidação deste sistema no caso brasileiro não tem sido uma tarefa fácil. O resultado de uma Reforma Sanitária inacabada é, como dissemos anteriormente, um SUS desfigurado, fragmentado, incompleto. No conjunto de dificuldades de consolidação da Reforma, encontramos uma dimensão importante para os resultados do atual sistema de saúde. Com efeito, desde sua criação legal, a concretização do SUS tem esbarrado em sérias dificuldades de financiamento.

Desde seus momentos iniciais, o processo de implementação do SUS enfrenta sérios obstáculos no campo do financiamento. Na ausência de recursos estáveis e adequados, a organização de um sistema universal, equânime e com atenção integral ficou bastante comprometida, não obstante significativos avanços em relação ao modelo de seguro anterior. Conseqüentemente, limitou-se a capacidade redistributiva do gasto público em saúde, muito embora tal capacidade também dependa de outros fatores, como a forma de distribuição e de financiamento do gasto.

Diante da importância da estrutura de financiamento para consolidação do sistema, neste capítulo discutiremos os impasses no custeio da política de saúde, buscando identificar suas origens, bem como as diversas alternativas experimentadas nos diversos momentos de crise de financiamento do SUS. Nossa argumentação se fundamentará sobretudo na relação entre política macroeconômica e política social. Muito embora saibamos que o resultado desta dependa de inúmeros fatores, a política macroeconômica tem um papel importante na definição das suas condições de financiamento. Portanto, pretende-se discutir em que medida a política macroeconômica vem jogando contra ou a favor do custeio da política saúde e, em última instância, favorecendo ou dificultando a consolidação do SUS.

Para dar conta de tal objetivo, o capítulo divide-se em cinco seções: a primeira apresenta algumas considerações sobre a estrutura de financiamento da política social; a segunda discute as tensões no custeio da política de saúde; diante dessas tensões surgem tentativas para assegurar estabilidade ao financiamento do SUS, as quais serão discutidas na terceira seção. Como resultado da luta pela estabilidade de recursos, surge a EC/29 que, pela ausência de regulamentação, não logrou solucionar plenamente o problema. Assim, a quarta seção discute a importância da regulamentação da emenda e as tensões nesse processo. Por fim, nas seções cinco e seis avaliaremos as possibilidades e os limites ao aumento do aporte da União e das esferas subnacionais para o custeio das ações e serviços públicos de saúde, considerando a influência do arranjo do federalismo fiscal e os efeitos do ajuste macroeconômico.

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ESTRUTURA DE FINANCIAMENTO DA POLÍTICA SOCIAL

A Constituição de 1988 ampliou consideravelmente o leque de direitos sociais, dando inclusive uma nova feição ao sistema de proteção social no Brasil ao introduzir a condição de cidadania como critério de acesso à saúde, à previdência e à assistência social. Porém, os constituintes tinham consciência de que o efetivo provimento dos direitos sociais da cidadania estava condicionado ao adequado financiamento do campo da Seguridade Social. Assim, eles asseguraram constitucionalmente fontes específicas de financiamento que, por sua vez, seriam geridas por meio de um orçamento próprio, o Orçamento da Seguridade Social (OSS).

A motivação para criação do OSS e para a instituição de fontes de receita exclusivas para a seguridade veio da perspectiva de superar problemas estruturais no financiamento da política social brasileira. A experiência anterior mostrava que a instabilidade financeira e a captura de recursos das políticas sociais pela área econômica era uma realidade. Ademais, tradicionalmente, as ações eram financiadas por poucos recursos fiscais a “fundo perdido”. Via de regra, baseavam-se em contribuições sobre a folha de salários, o que tornava a

disponibilidade de recursos muito vulnerável às flutuações cíclicas da economia e seus impactos sobre a massa salarial³⁶ (FAGNANI, 2005).

Para contornar a vulnerabilidade do financiamento, além das tradicionais contribuições de empregados e empregadores sobre a folha de salário, a Constituição de 1988 instituiu o Orçamento da Seguridade Social (OSS), integralizado pelas seguintes fontes de financiamento vinculadas à área social: i) o faturamento das empresas, através do já existente Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL), posteriormente transformado em Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), e o Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP); ii) o lucro líquido das empresas, com a criação da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e iii) uma parcela da receita de concursos e prognósticos. Ademais, a Constituição previa também o aporte de recursos fiscais pelas três esferas de governo no financiamento da seguridade social (MARQUES e MENDES, 2005).

Houve assim, a introdução de novas fontes de financiamento para o gasto social – faturamento e lucro líquido – a qual buscava tornar o financiamento menos vulnerável às flutuações cíclicas da economia e a cobertura dos novos direitos de base não contributiva (Loas e Previdência Rural). Já a criação de um orçamento próprio para a seguridade tentava contornar a tradicional captura de recursos por outras áreas, além da expectativa de facilitar o controle social da aplicação dos recursos, como demonstrou Fagnani (2005). Desse modo, fica evidente a preocupação dos constituintes em garantir um arranjo de financiamento adequado ao provimento dos direitos previdenciários, da saúde e da assistência³⁷.

³⁶ Como mostram Fagnani (2005) e Mendes (2005), desde a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência (SINPAS), o custeio das ações de previdência, assistência médica e social ocorria fundamentalmente por meio de contribuições de empregados e empregadores. O financiamento dos gastos federais em saúde ocorria por meio do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), constituído principalmente pelas contribuições sobre a folha de salários.

³⁷ Vale lembrar que os constituintes não estabeleceram vinculação de recursos no interior do OSS. Somente os recursos do PIS/PASEP ficaram reservados ao programa seguro-desemprego e ao abono PIS/PASEP pago aos trabalhadores. A decisão de não vincular fontes às áreas específicas expressava, no plano do financiamento, a percepção da seguridade como uma totalidade (MARQUES e MENDES, 2005; PIOLA e BIASOTO JR., 2001). Os constituintes acreditavam que, a cada ano, por ocasião da discussão do orçamento, seria definida a partilha mais adequada dos recursos considerando as necessidades de cada área.

No entanto, isto não foi plenamente alcançado. Por um lado, o potencial redistribuidor dos benefícios foi comprometido pelo caráter regressivo da base de financiamento do OSS; por outro, como veremos mais à frente, o OSS foi desfigurado pelas legislações constitucionais complementares (FAGNANI, 2005). Além disso, com o Fundo Social de Emergência (1994), atual Desvinculação das Receitas da União (DRU), a área econômica do governo voltou a capturar recursos da Seguridade Social, reprisando práticas da ditadura. O caso da saúde foi ainda mais grave: jamais foi cumprida a vinculação prevista no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), cujo artigo 55, estabelece que “até ser aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), trinta por cento, no mínimo, dos recursos do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, seriam destinados à saúde”. Consequentemente, como veremos mais adiante, o financiamento da saúde encontrou vários percalços nos anos 1990 que ainda permanecem até hoje.

No que tange à configuração da estrutura de financiamento da política social, em particular seu fraco potencial redistribuidor de renda, notamos que apesar do esforço em diversificar as fontes, constituiu-se uma base de financiamento assentada primordialmente em contribuições sociais de caráter predominantemente regressivo. A incidência indireta desses tributos favorece sua transferência para os preços de modo que quem arca com o maior ônus do financiamento da área social são justamente aquelas famílias mais pobres, já que estas destinam maior parcela de suas rendas ao consumo.

Enquanto isso, a participação de recursos fiscais, que poderiam dar um aspecto mais redistributivo ao gasto social – especialmente se esses recursos fossem provenientes de uma tributação mais direta (renda e patrimônio) – é extremamente baixa no arranjo do financiamento. Assim, a avaliação do custeio da seguridade social revela que a diversificação das fontes promoveu a diminuição do peso da folha salarial como base de arrecadação de recursos, mas elevou a parcela de recursos arrecadados de forma indireta e com incidência em “cascata”. Já a parcela incidente sobre a renda, permaneceu pouco expressiva, confirmando nossa tradição conservadora na arquitetura do financiamento da proteção social.

O caráter regressivo do financiamento das políticas sociais no Brasil foi tratado no estudo de Cardoso Jr. e Castro (2006). O trabalho desses autores destaca a fraca participação dos

recursos fiscais no custeio da área social, que no período 1995-2002, representaram a terceira fonte de financiamento do gasto social (11,4% do total). Por outro lado, as contribuições sociais foram confirmadas como fonte primordial no custeio do gasto social: 68,6% de todo o gasto social federal realizado no mesmo período foi financiado por essas contribuições. Tal constatação, associada ao reconhecimento da “regressividade dominante da estrutura tributária nacional” leva os autores a identificarem problemas de eficácia distributiva nas políticas sociais promovidas no nível federal³⁸.

A respeito da regressividade particularmente no financiamento da saúde, é interessante considerar o trabalho de Ugá e Soares (2005)³⁹. Ao analisar a equidade no financiamento do sistema de saúde brasileiro, as autoras confirmaram o caráter regressivo dos impostos indiretos que compõem o arranjo do financiamento do SUS (Cofins, IPI, ISS, ICMS), que por incidir sobre o faturamento ou valor dos bens/serviços, são facilmente transferidos aos preços penalizando mais fortemente os decis de menor renda. A CPMF mostrou-se levemente regressiva. Por outro lado, confirmam o caráter progressivo dos tributos diretos incidentes sobre a renda e patrimônio (IR, IPVA), à exceção do IPTU. Considerando a totalidade do financiamento do SUS, as autoras chegaram a seguinte conclusão:

É progressivo no que diz respeito ao tratamento dos três decis mais pobres, regressivo no que concerne ao privilégio do décimo de renda mais rico e proporcional em relação aos estratos da população pertencentes aos 4º, 5º, 6º, 7º, 8º e 9º decis – que correspondem à população de renda baixa e média baixa (UGÁ e SOARES, 2005, p. 51-52).

Trata-se de uma conclusão interessante para percebermos que apesar da forte regressividade que marca a maior parte dos tributos que financiam o SUS, o esquema de

³⁸ Sobre a regressividade na estrutura tributária, Cardoso Jr. e Castro (2006) mostram como a tributação sobre o consumo – que penaliza mais proporcionalmente as camadas de menor renda – é historicamente a base de incidência mais importante para a composição da carga tributária nacional. Essa base representou, em média, entre 1995-2002, 14,6% do PIB, contra apenas 5,4% da base tributária sobre a renda, “uma fonte tributária progressiva por excelência”. Segundo eles, outra base com elevador potencial progressivo na tributação – o patrimônio – também apresenta baixa participação na composição da carga tributária nacional, nunca atingindo mais que 1% do PIB.

³⁹ O estudo avaliou o peso dos tributos que financiam o SUS sobre a renda familiar per capita, considerada por decil, a partir dos dados da POF/IBGE 2002. O trabalho considerou o financiamento integral do sistema de saúde, portanto incluiu o gasto privado (desembolso direto) e com pagamento de planos de saúde, e quanto ao gasto público, considerou-se o aporte estadual e municipal via seus tributos próprios.

financiamento consegue preservar, ao menos, os três decis de renda mais pobre. Entretanto, a proporcionalidade nos 4º e 5º decis, diante do baixo nível de renda que marca nosso país, assim como a regressividade no decil mais alto, privilegiando os mais ricos, chama a atenção para a necessidade de correções a fim de promover maior equidade no financiamento do sistema.

Além dessas questões associadas à configuração do arranjo de financiamento das políticas sociais, há também outros problemas de natureza exógena que complicam o desempenho dessa estrutura de custeio, sendo estes de maior relevância para o desenvolvimento do presente trabalho. A esse respeito, interessa sobretudo considerar como a política macroeconômica constrange as possibilidades de financiamento do gasto social. A opção por juros extremamente elevados provocou o salto expressivo da dívida pública que, por sua vez, exigiu esforços crescentes de ajuste fiscal. O empenho no equilíbrio das contas públicas envolveu principalmente a desvinculação de receitas da área social, provocando uma dissociação entre o comportamento da arrecadação das contribuições sociais e o gasto efetivo no custeio da área. Assim, em nome da geração de superávits primários destinados às despesas financeiras, parte expressiva dos recursos arrecadados em nome da política social se desvirtua do seu destino constitucionalmente determinado. Nesta estratégia, foram (e continuam sendo) fundamentais os mecanismos de desvinculação (FSE e DRU). Discutiremos esse problema mais detalhadamente ao longo deste capítulo.

Ademais, a política macroeconômica ortodoxa impôs o fraco crescimento econômico, o aumento do desemprego e da desestruturação do mercado de trabalho, com conseqüências significativas para o desempenho da política social. O baixo crescimento médio da economia entre 1990-2003 comprometeu a arrecadação de receitas que financiam o sistema de proteção social em geral, enquanto o aumento da informalidade, os altos índices de desemprego e a queda nos rendimentos e na massa salarial afetaram mais diretamente a arrecadação potencial sobre a folha de salários⁴⁰. Se por um lado, esse desempenho da

⁴⁰ É verdade que esses recursos deixaram de se dirigir ao financiamento da saúde a partir de 1993, se tornando de uso exclusivo para o pagamento dos benefícios previdenciários. No entanto, o fraco comportamento da arrecadação nesta fonte contribuiu para o avanço da previdência sobre os demais recursos da seguridade, acirrando as disputas no interior do OSS.

economia comprometeu o custeio da área social, por outro, pressionou o sistema de proteção com o forte impulso na demanda por seus benefícios.

Vale ressaltar que a partir de 2004, houve sensível melhora em boa parte desses indicadores, sobretudo aqueles relacionados ao mercado de trabalho (diminuição na taxa de desemprego, aumento do emprego formal, elevação dos rendimentos do trabalho e da massa salarial) ainda que seja precipitado interpretá-la como início de um novo ciclo de desenvolvimento econômico.

2.2 Tensões no custeio da política de saúde

Não obstante a preocupação dos constituintes em definir um arranjo de financiamento para a seguridade, inclusive garantindo a exclusividade dos recursos do OSS para o custeio da Previdência, Assistência Social e Saúde, essas determinações foram recorrentemente descumpridas. Por um lado, há a utilização dos recursos do OSS em fins distintos do determinado constitucionalmente; por outro, o comprometimento do custeio dessas áreas origina-se do rompimento do conceito de seguridade⁴¹.

No texto constitucional, não foi possível assegurar uma vinculação de recursos específica e permanente para a saúde, ao contrário do que foi feito para a educação⁴². Entretanto, estabeleceu-se uma vinculação provisória no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT): no artigo 55, ficou estabelecido que até ser aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), trinta por cento, no mínimo, dos recursos do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, seriam destinados à saúde⁴³. O

⁴¹ A trajetória de descumprimento do OSS é amplamente descrita na literatura, destacando-se principalmente as análises de Marques e Mendes (2005); Reis, Ribeiro e Piola (2001); Ugá e Marques (2005), principais referências consultadas.

⁴² Durante o III Ciclo de Debates da Jornada de Economia da Saúde, realizado no Ministério da Saúde em 08/08/2007, o Prof. Elias A. Jorge lembrou as dificuldades para assegurar a vinculação de recursos para a área social durante a Constituinte de 1988. Diferentemente da saúde, a educação conseguiu introduzir tal vinculação no texto constitucional. Para o Professor Elias, os antecedentes de vinculação de recursos para educação na história da política social brasileira favoreceram essa conquista.

⁴³ Alguns autores interpretam a decisão dos constituintes de não estabelecer vinculações no interior do OSS como reflexo da sua percepção da seguridade como uma totalidade no que diz respeito à proteção social.

Ministério da Saúde (MS) recebeu, em 1991, 33,1% do total das contribuições, mas, em 1992, essa participação diminuiu para 20,95% (JORGE, E. A. et al., 2007).

Segundo Médici (1996), a regra contida no ADCT funcionou nos dois primeiros anos de vigência da Constituição. A LDO para 1991 reproduziu o disposto no art. 55 do ADCT. Já em 1992 e 1993, segundo o autor, optou-se pela especialização informal de fontes ao invés da definição legal de percentuais mínimos. Assim, em 1992, houve um acordo de lideranças no Congresso estabelecendo o direcionamento dos recursos da CSLL para a Assistência Social e os do Finsocial para a Saúde. No entanto, a arrecadação do Finsocial neste ano ficou comprometida pelo forte questionamento judicial sobre sua validade constitucional, o que levou posteriormente a sua transformação em Cofins. Por tabela, o financiamento da saúde foi insuficiente, eclodindo uma crise de financiamento da saúde pública em 1992, sanada com empréstimo junto ao FAT.

Em 1993, a crise de financiamento se agravou, pois além de não cumprir o disposto na LOA, que previa a destinação de 15,5% dos recursos da contribuição sobre folha de salários para a saúde, o Ministério da Previdência (MP) suspendeu qualquer repasse desta fonte para o MS desse momento em diante. Desde então, as contribuições sobre folha de salário, constitucionalmente destinadas a financiar o conjunto da seguridade social, passaram a ter destinação exclusiva: a previdência⁴⁴. Com o fim do repasse das contribuições sobre folha, a saúde mergulhou numa crise de financiamento e o MS foi obrigado novamente a recorrer a empréstimos de recursos do FAT.

A investida do MP sobre os recursos das contribuições sobre folha de salários representa um rompimento com o princípio de solidariedade entre as áreas que compõe a seguridade, princípio este que orientou os constituintes a não vincular recursos a áreas específicas. Como lembrou Mendes (2005, p.47),

Portanto, não fazia sentido olhar o custeio de cada dimensão separadamente; ao invés disto, acreditavam numa partilha adequada, a cada ano, conforme as necessidades de cada área, durante a discussão do orçamento (MARQUES e MENDES, 2005; PIOLA e BIASOTO JR., 2001).

⁴⁴ Esta medida foi legalmente sancionada na reforma previdenciária do governo FHC.

Esse conceito [Seguridade], que concebe a proteção como uma totalidade, se expressava no plano do financiamento, no entendimento de que nenhuma fonte de recursos da Seguridade poderia ser considerada como de uso exclusivo de um dos seus setores, isto é, Previdência, Saúde ou Assistência.

Sob a gestão de Jamil Haddad, o MS passa então a exigir nas negociações com a área econômica o cumprimento da LDO (30% do OSS para a Saúde). O resultado foi o veto presidencial a este dispositivo na LDO de 1994 (JORGE, E. A. et al., 2007).

As dificuldades de custeio da saúde contam, no entanto, com outros agravantes além das disputas por recursos no interior do OSS. **O pagamento de despesas estranhas ao conceito de Seguridade contribuiu também para agravar as dificuldades financeiras do setor.** Nesse sentido, a violação do OSS tem início ainda em 1989-1990, quando se utilizou recurso do Finsocial para pagamento dos Encargos Previdenciários da União – EPU. Como a Constituição definiu um regime separado de cobertura previdenciária para os funcionários públicos, esse regime tem um custeio próprio, logo, seus benefícios não podem ser financiados com recursos destinados ao regime geral de previdência.

No próximo capítulo, mostraremos o tamanho do desfinanciamento da política de saúde dado o elevado grau de comprometimento dos recursos do MS com pagamentos de encargos da dívida e gastos com inativos. Esses encargos chegaram a comprometer mais de 10% do orçamento da saúde entre 1995-1998 e em 2001-2002. Assim, um volume significativo dos recursos do MS deixou de cumprir sua finalidade: custear as ações e serviços públicos de saúde (ASPS). Considerando que o período era de implementação do SUS e, portanto, exigia maiores esforços financeiros para a universalização dos serviços, tal comportamento é no mínimo contraproducente.⁴⁵

Nos últimos anos, os gastos com amortização da dívida caíram sensivelmente, o que já era esperado diante da quitação dos débitos antigos e da ausência de novos empréstimos. No entanto, os gastos com inativos, apesar de também terem declinado, ainda consomem uma

⁴⁵ O trabalho de Piola e Biasoto Jr. (2001) revelou que, em proporção do gasto total do MS, os gastos com EPU e dívida superaram em alguns anos programas importantes como controle de doenças transmissíveis, vigilância sanitária, saneamento e alimentação e nutrição.

parcela significativa do orçamento do MS: 7,4%. Trata-se de um montante maior do que o destinado a investimento (1,1%), como mostraremos no capítulo seguinte.

O pagamento de despesas estranhas ao conceito de seguridade atestava o avanço sobre os recursos do OSS. Entretanto, a ofensiva sobre esses recursos agravou-se a partir de 1994, quando o governo federal “institucionaliza” o descumprimento do OSS. Se anteriormente já havia ocorrido o descumprimento do OSS pelo uso dos recursos em despesas indevidas, através de emendas constitucionais, a União passa a dispor livremente de parte das receitas da seguridade social.

A desvinculação de recursos surge inicialmente com a criação do Fundo Social de Emergência (FSE) em 1994. O “social” no nome soa até irônico porque, na verdade, foi um golpe para o financiamento dos direitos sociais. Na prática, este instrumento liberava parcela expressiva (20%) de recursos vinculados constitucionalmente à área social para livre disposição pela área econômica do governo.

Em 1997, o FSE se renova sob a denominação de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF). Em 2000, este se torna Desvinculação das Receitas da União (DRU). Apesar das variantes expressões, na essência, trata-se do mesmo: mecanismos que possibilitam o desvio de recursos do seu destino original, constitucionalmente determinado. Nesse sentido, tem razão Marques e Mendes (2005) ao afirmar que o governo foi “institucionalizando” a desvinculação de receitas que legalmente estão atreladas ao financiamento da saúde, previdência e assistência social, comprometendo o custeio dessas áreas.

Por sua vez, a iniciativa de desvinculação das receitas das contribuições sociais surge para atender aos imperativos da política econômica ortodoxa, que se desenha claramente na estratégia do Plano Real com o governo FHC. Sobretudo a partir de 1999, quando as turbulências do cenário econômico internacional impõem a redefinição do regime de política macroeconômica, a desvinculação de receitas torna-se ainda mais imperativa na estratégia econômica.

Com aquela redefinição, a política fiscal assume um caráter subordinado à política monetária no regime macroeconômico. Desde então, a política monetária, central na

estratégia ortodoxa de estabilização, define a taxa de juros e, conseqüentemente, o montante da despesa financeira do governo, enquanto à política fiscal resta garantir o equilíbrio das contas públicas através da produção de superávits primários crescentes destinados ao pagamento dos juros da dívida (SICSÚ, 2006).

Assim, diante do crescimento explosivo da despesa financeira, recorre-se aos superávits primários para assegurar a estabilidade da relação dívida/PIB. O FSE, o FEF e a DRU, cada uma seu tempo, vem possibilitar a realização desses superávits, centrais na estratégia macroeconômica que tem no ajuste fiscal o principal instrumento para sustentação da credibilidade. Portanto, a criação dos mecanismos de desvinculação de receitas deve ser vista à luz do aprofundamento da ortodoxia na política econômica.

Desse modo, há uma incompatibilidade evidente entre a política macroeconômica e a expansão do gasto social no modelo econômico em voga, que se materializa no campo do (des)financiamento das políticas sociais⁴⁶. É nesse contexto que devem ser considerados os percalços do custeio do SUS. Pretendemos discutir essa incompatibilidade detalhadamente mais adiante quando analisaremos os limites e possibilidades do aporte realizado pela União na política de saúde.

A CPMF como alternativa para o custeio da saúde

Diante das dificuldades no financiamento da saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão de Seguridade Social da Câmara buscaram uma solução temporária através da criação do IPMF (Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira) em 1994. Por sugestão do ministro da saúde Adib Jatene, o imposto se torna Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 1996, mudança que permitiria base legal para vincular a totalidade dos recursos à saúde.

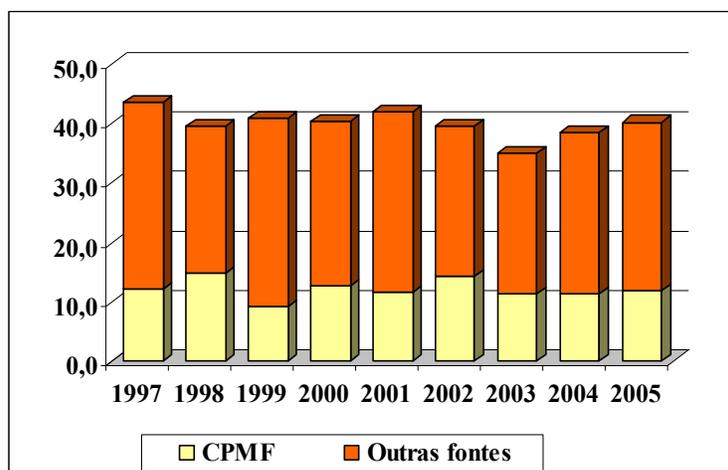
Até o ano de 1998, a CPMF destinava-se exclusivamente à saúde. Com a prorrogação no ano seguinte veio também o aumento da alíquota, de 0,20% para 0,38%, destinando-se a

⁴⁶ Como esclarece Soares (2003 e 2006), esse contexto econômico se traduz num ambiente hostil às políticas sociais, pois estas são percebidas como fonte de gastos e déficit, em detrimento do seu potencial dinamizador do emprego e da renda e dos seus benefícios em termos de inclusão social.

diferença para o custeio da previdência social. Com a criação do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (FCEP), em dezembro de 2000, os recursos da CPMF passaram a ter mais um destino. Desde então, o FCEP recebe 0,08% dos recursos desta fonte.

Apesar de ter sido criada para garantir recursos adicionais para a saúde, na prática, a entrada da CPMF não representou um incremento de recursos para o setor, pois simultaneamente houve uma redução na participação dos recursos de outras fontes, como mostra o gráfico 1. Assim, a CPMF apenas atenuou a crise de financiamento que levou o MS a recorrer aos empréstimos do FAT, mas não logrou resolver plenamente as necessidades de financiamento da saúde.

Gráfico 1 – Participação da CPMF no financiamento da saúde, 1997-2005



Fonte: IPEA/Disoc (Boletim de Política Social nº 13, 2007).

Em 2007, a prorrogação da CPMF voltou ao cenário político e encontrou fortes resistências no Senado. Diante dos impasses para prorrogação, o governo ofereceu diversas contrapartidas, inclusive se comprometendo com uma maior destinação de recursos da CPMF para a saúde, mencionando o repasse total dos recursos para o setor às vésperas da votação quando a situação era de iminente derrota do governo.

Esse esforço de vincular o aumento de verbas para saúde à receita da CPMF ficou evidente na votação do projeto de regulamentação da emenda 29, apressada justamente para torná-la uma espécie de contrapeso à prorrogação da CPMF. O texto aprovado em primeiro turno na

Câmara estabeleceu um incremento no orçamento da saúde no período 2008-2011. Nesse período, ao valor encontrado com a correção do gasto pela variação nominal do PIB (conforme estipulado pela EC 29) seria acrescentado um incremento de recursos da CPMF, de modo a expandir a participação da saúde na alíquota desta contribuição para além de 0,20%. Em 2008, o acréscimo seria de 10,18%; em 2009, de 11,62%; em 2010: 12,71%; e 17,37% em 2011. O governo buscava dessa forma conseguir a prorrogação da CPMF, já que uma das maiores críticas à contribuição era o seu desvirtuamento parcial do financiamento da saúde.

Ao mesmo tempo, o MS anunciava um ambicioso programa (*Mais Saúde*), integrando-se a estratégia desenvolvimentista anunciada no Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) do governo federal⁴⁷. Este programa já contava com o ingresso de recursos do aumento do repasse da CPMF na definição do seu orçamento.

Apesar de todo o esforço de vincular o aumento de recursos para a saúde à permanência da CPMF, o governo perdeu a batalha em torno da sua prorrogação. Com a derrubada da contribuição, o texto de regulamentação da emenda 29, votado em primeiro turno na Câmara, tornou-se letra morta, ao menos no que diz respeito ao aporte da União. Isto significa que, já em 2008, dificilmente a pasta contará com o incremento de recursos previsto na regulamentação da emenda (R\$ 4,07 bilhões).

A derrocada da CPMF coloca, portanto, dificuldades ao andamento do *Mais Saúde*, o que em última instância representa uma ameaça à tentativa de aprofundar a Reforma Sanitária associando-a a um projeto desenvolvimentista. Até a conclusão deste trabalho, as perspectivas não eram muito boas, pois a sinalização da área econômica do governo era de

⁴⁷ Conhecido como PAC da saúde, o programa é a expressão da tentativa recente do governo federal de construir um modelo de desenvolvimento que associe dinamismo econômico à inclusão social, reversão das iniquidades e combate à pobreza. Mas dentro desse modelo, a saúde configura também um espaço importante da acumulação de capital, através de um complexo de atividades produtivas baseadas sobretudo na inovação tecnológica. Assim, a saúde se insere no padrão de desenvolvimento emergente por duas vias: geração de riquezas para o país e consolidação de um sistema de proteção social. Portanto, a estratégia do PAC saúde articula o aprofundamento da Reforma Sanitária com um novo padrão de desenvolvimento que espera estar comprometido com crescimento econômico e bem-estar social (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). O plano foi apresentado formalmente pelo ministro da saúde em 05 dezembro de 2007 e prevê investimentos de R\$ 89 bilhões no período de 2008 a 2011. Desse total, R\$ 24 bilhões são recursos novos, aguardados do aumento de repasse da CPMF.

que a saúde não contaria com o incremento de recursos previsto. Na melhor das hipóteses, em 2008, a área receberá os recursos definidos pela emenda 29: o montante executado em 2007 corrigido pela variação nominal do PIB, o que significa cerca de R\$ 47,8 bilhões⁴⁸.

Apesar do governo ter anunciado algumas medidas para amenizar a perda de recursos – aumento das alíquotas do IOF e CSLL – elas apenas garantem uma arrecadação de R\$ 10 bilhões, aproximadamente $\frac{1}{4}$ da receita gerada com a CPMF. Para complementar o ajuste de contas, o governo espera cortar R\$ 20 bilhões no Orçamento Geral da União em 2008. Nesse ajuste, o ministro da Fazenda Guido Mantega já descartou a possibilidade de redução da meta de superávit primário (3,75% do PIB), ou seja, o governo manterá o mesmo esforço para pagar os juros da dívida.

Diante dessas circunstâncias, questiona-se até a capacidade da saúde assegurar os recursos constitucionalmente garantidos pela emenda 29. Se mesmo contando com os recursos da CPMF esse dispositivo foi descumprido em alguns anos (como veremos adiante), é possível que sua ausência comprometa mais do que as metas de investimento do PAC da saúde, atingindo até mesmo programas essenciais do ministério.

Toda essa preocupação em torno dos rumos do financiamento da saúde diante da extinção da CPMF resulta da expressiva participação desta fonte no orçamento da área (ver tabela 1). Nos últimos anos, a CPMF respondeu por quase 30% do custeio da saúde, sendo superada somente pela CSLL.

A tabela 1 permite ainda outras reflexões sobre o arranjo de financiamento da saúde, em particular, ajuda a perceber a importância das contribuições sociais no financiamento da saúde. Desde 1995, essas contribuições são responsáveis por mais da metade do custeio dessa área. Desde 2000, essa importância cresceu significativamente, atingindo 88,2% em 2005.

⁴⁸ Especula-se que uma das razões do governo para vetar o repasse de recurso extra à saúde é pressionar os parlamentares, especialmente aqueles da Frente Parlamentar da Saúde, a articular a criação de um imposto para a saúde, que poderia ser a recriação da própria CPMF, sob a denominação de Contribuição Social sobre Movimentação Financeira (CSMF), destinada a custear o aumento de gastos na área. Assim, o governo evitaria o ônus político de apresentar proposta de criação de novo tributo.

Tabela 1 - Participação das fontes de recursos do Ministério da Saúde - 1995-2005

Fontes de Financiamento	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Recursos Ordinários	3,2	0,2	1,0	10,8	14,7	5,2	14,3	10,3	13,1	7,1	4,8
Títulos Resp. Tesouro Nacional	2,6	3,3	2,8	0,5	0,8	0,7	0,9	1,3	0,5	0,0	0,0
Operações Crédito Internas – Moedas	7,6	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Operações Crédito Externas – Moedas	1,1	0,9	0,5	1,1	1,4	2,6	2,1	1,8	1,1	0,7	0,7
Recursos Diretamente Arrecadados	2,4	2,5	2,4	2,6	3,5	3,2	3,1	2,6	2,3	2,2	2,3
Contribuições Sociais	69,4	63,4	73,1	71,1	62,5	81,5	74,1	78,7	80,9	87,2	88,2
CSLL	20,2	20,8	19,3	8,0	13,3	12,3	7,1	23,5	27,4	32,7	39,7
COFINS	49,2	42,6	25,9	26	26,6	37,7	39,5	19,2	21,1	25,1	19,2
CPMF	0	0	27,8	37,1	22,6	31,5	27,6	36	32,4	29,4	29,3
Fundo de Estabilização Fiscal	12,0	17,7	19,5	13,3	14,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
FCEP	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,3	1,7	0,0	0,9	0,3
Demais Fontes	1,8	3,7	0,7	0,7	3,0	6,8	1,2	3,5	2,2	1,9	3,7
Total	100,0										

Fonte: Ipea/Disoc (Boletim de Política Social nº 13, 2007).

No entanto, não é possível eleger a contribuição mais importante no custeio do MS. Desde 1995, elas se alternam em relevância na composição do orçamento da saúde, caracterizando uma “dança das fontes”, como perceberam Reis, Ribeiro e Piola (2001). A Cofins era a fonte mais importante até a entrada da CPMF. A partir de 1998, esta se torna a principal contribuição no custeio da saúde. Entre 1999-2001, a Cofins reaparece como fonte mais importante dentre as contribuições que financiam o MS. Após nova expressividade da CPMF entre 2002-2003, a CSLL assume a posição mais importante no *mix* do financiamento a partir de 2004.

Sobre esse constante revezamento de importância entre as contribuições sociais no orçamento da saúde, Reis, Ribeiro e Piola (2001, p.16) perceberam sua afinidade com os interesses em desestimular possíveis vinculações para a área:

Parece que há um receio de que a utilização sistemática de determinada fonte para determinado órgão crie expectativas de uma espécie de vinculação. Daí provavelmente essas contínuas alterações anuais, o que nos permite pensar na ausência de vontade política para garantir um volume adequado e regular de recursos para o financiamento das políticas públicas de saúde.

Além da instabilidade na participação das diversas contribuições sociais, outro ponto que merece destaque é a reincorporação eventual de recursos antes desvinculados por força do Fundo de Estabilização Fiscal (FEF). Vale registrar que a partir de 2001, não é mais possível identificar esse retorno eventual de recursos antes desvinculados, isto porque a transformação do FEF em DRU tornou a análise da execução orçamentária menos

transparente, como mostram Ribeiro, Piola e Servo (2007). Os recursos desvinculados deixaram de ser executados como uma fonte própria e foram integrados à fonte “recursos ordinários”. Assim, a partir de 2000, não é possível identificar qual a parcela do gasto provém de recursos desvinculados e qual parcela foi financiada por recursos do Tesouro, pois ambas as fontes integram a categoria “recursos ordinários” (RIBEIRO, PIOLA e SERVO, 2007).

Apesar da menor transparência na avaliação da execução orçamentária, é possível perceber uma sensível redução na participação dos recursos fiscais no financiamento da saúde a partir de 2001. Diante dos esclarecimentos acima, essa redução pode ser interpretada como um menor aporte de recursos fiscais do Tesouro, um menor retorno dos recursos desvinculados ou ambos. De todo modo, fica evidente o desfinanciamento provocado pelo menor aporte dos recursos ordinários, o que certamente está relacionado com os objetivos do ajuste fiscal.

2.3 A luta pela estabilidade no financiamento da saúde

A discussão realizada nas duas seções anteriores revelou que, não obstante a preocupação dos constituintes em assegurar regularidade e estabilidade ao financiamento da seguridade social criando fontes exclusivas para seu custeio, a implementação do SUS esbarra em sérias dificuldades de financiamento desde os anos 1990. Essas dificuldades derivam, em grande medida, da estratégia macroeconômica, especialmente a partir de 1994.

As vicissitudes no financiamento mobilizaram os defensores do SUS em todo o período de instabilidade no custeio da saúde. Desde os anos 1990, várias propostas surgiram no cenário político com vistas à garantia de recursos estáveis e seguros para a consolidação do SUS. Essas alternativas são objeto da presente seção, que discute também o impacto da proposta vitoriosa – a Emenda Constitucional 29/2000 – para o financiamento da saúde.

2.3.1 – Os embates em torno da vinculação de recursos para a saúde⁴⁹

⁴⁹ Esses embates vêm sendo acompanhados atentamente por alguns estudiosos, destacando-se os esforços de análise do Prof. Elias Jorge e Gilson Carvalho, de grande valia para a elaboração da presente discussão.

Diante das dificuldades em garantir fontes estáveis de financiamento para a saúde, alguns parlamentares se empenharam durante os anos 1990 na elaboração de propostas de vinculação de recursos ao setor⁵⁰. A primeira surgiu em 1993, por iniciativa dos deputados Eduardo Jorge (PT/SP) e Waldir Pires (PDT/BA) e consistiu na PEC 169-A. Por esta proposta, a União ficaria obrigada a destinar à saúde, anualmente, no mínimo 30% das receitas de contribuições sociais do OSS e 10% da receita de impostos. Por sua vez, os estados e o DF deveriam destinar pelo menos 10% das receitas fiscais.

Outras iniciativas sucederam à proposta inicial dos deputados, todas convergindo para o objetivo de garantir patamares mínimos de recursos à saúde, visando à estabilidade no financiamento do SUS. Nesse sentido, merecem destaque as propostas dos deputados Carlos Mosconi (PSDB/MG) e José Pinotti (PMDB/SP). A primeira propunha a vinculação da totalidade dos recursos da COFINS e da CSLL para a saúde. Já pela proposta de Pinotti, o orçamento da saúde seria definido pelo critério de 5% do PIB do ano anterior.

De acordo com Jorge et al. (2007), frente a essas iniciativas, a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados criou uma Comissão Especial cujo relator foi o Deputado Darciso Perondi para compatibilizar as três propostas (de Eduardo Jorge, Mosconi e Pinotti). A relatoria deste trabalho abriu caminho para nova tentativa em 1999, tendo como relator o Deputado Ursicino Queiroz, a qual resultou na PEC 82-A na Câmara (JORGE et al. 2007). Após algumas discussões, esta proposta conseguiu ser aprovada na câmara e no senado, onde recebeu a identificação de Emenda Constitucional 29 (EC/29).

Portanto, apesar dos esforços de vinculação de recursos à saúde desde 1993, somente em 2000 aprovou-se um dispositivo constitucional estabelecendo aplicação mínima anual de recursos no custeio das ações e serviços públicos de saúde (ASPS) para as três esferas de governo. Para os estados e municípios, a aplicação mínima se refere a percentuais calculados sobre a receita de impostos e transferências. A EC 29 determinou que, até 2004, os estados e municípios deveriam comprometer com ações e serviços públicos de saúde

⁵⁰ Uma descrição mais detalhada de cada uma dessas propostas pode ser encontrada em Marques e Mendes (1999).

12% e 15%, respectivamente, da sua receita de impostos, inclusive transferências constitucionais recebidas e exclusive transferências efetuadas⁵¹.

A EC 29 não apenas estabeleceu patamares mínimos a serem atingidos até 2004, como também determinou uma regra de transição para estados e municípios cuja aplicação fosse inferior a estes patamares. Eles deveriam destinar ao menos 7% das suas receitas ainda no primeiro ano (2000) às ASPs, elevando gradualmente este percentual até o ano de 2004, de modo que a diferença em relação aos níveis mínimos a serem atingidos (12% para estados e 15% para os municípios) fosse reduzida à razão de, pelo menos, um quinto ao ano.

No caso da União, a EC 29 estipulou, para o primeiro ano (2000), que o aporte para a saúde deveria ser no mínimo 5% maior que o ano anterior (1999). Nos anos seguintes, o gasto mínimo deveria ser sempre o montante aplicado no ano imediatamente anterior corrigido pela variação nominal do PIB. Assim, diferentemente das outras esferas, para a União não se estabeleceu uma vinculação de recursos orçamentários, sem dúvida uma opção muito cara ao financiamento do SUS considerando o alto dinamismo da arrecadação federal nos últimos anos como veremos mais adiante.

2.3.2 - EC 29: avanços e limites no financiamento da saúde

A aprovação da EC 29 representou um significativo avanço ao vincular recursos da receita dos estados e municípios para a saúde, estipulando claramente o compromisso de cada esfera com o financiamento do SUS. Com relação a este ponto vale destacar a observação feita por Biasoto Jr. (2003, citado por Mendes, 2005 e Ribeiro et al. 2005) ao apontar o

⁵¹ Apesar da definição pela EC da base de cálculo para efeito de acompanhamento dos recursos mínimos a serem aplicados, a Resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde tornou esta base mais explícita, revelando-se um documento importante para o acompanhamento da emenda. Segundo ela, a base de cálculo estadual é composta por: ICMS, IPVA, ITCMD + transferências da União (FPE, Quota-Parte do IPI - exportação, transferências da Lei Complementar nº 87/96 – Lei Kandir) + Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF) + Outras receitas correntes (receita da dívida ativa tributária de impostos, multas, juros de mora e correção monetária), deduzida as transferências constitucionais e legais aos municípios (50% do IPVA, 25% do ICMS e 25% do IPI sobre exportações recebido da União). Para os municípios, a base de cálculo deve considerar: receita de impostos municipais (ISS, IPTU, ITBI) e as receitas de transferências da União (FPM, Quota-parte do ITR, Quota-Parte da Lei Complementar nº 87/96 – Lei Kandir) + Imposto de renda retido na fonte (IRRF) + receitas de transferências do Estado (Quota-parte do ICMS, Quota-parte do IPVA, Quota-parte do IPI - exportação) + outras receitas correntes (receita da dívida ativa tributária de impostos, multas, juros de mora e correção monetária).

caráter inovador da EC 29 por normatizar a participação dos entes subnacionais no financiamento do SUS. Na avaliação deste autor, tal definição tende a fortalecer o arranjo federativo que sustenta o sistema de saúde. Corroborando a constatação de Biasoto, houve, de fato, um impacto positivo da EC 29 sobre o gasto das esferas subnacionais, especialmente o estadual (como veremos no próximo capítulo), e isto reflete a ampliação do compromisso desses entes no custeio do sistema.

Contrariamente, a emenda foi inócua quanto ao gasto federal (capítulo 3). Este comportamento certamente está associado a um dos pontos de crítica freqüentes à EC 29: o critério escolhido para determinar o compromisso da União no financiamento do SUS⁵². Ele rompeu com propostas anteriores que falavam em vinculação total de fontes ou percentual das receitas do OSS, como avaliaram Reis Ribeiro e Piola, 2001. Ao contrário do que fez para estados e municípios, a EC 29 não estipulou o compromisso da União através de um percentual mínimo sobre uma base explícita de receitas⁵³.

A opção por estabelecer a vinculação do gasto da União ao comportamento do PIB suscitou diversas críticas. Dain (2001) lembra que em nenhum momento a EC 29 menciona o OSS, ignorando os conflitos por seus recursos ao longo dos anos 1990. Resgatando as contribuições dessa autora, tal opção implica em algumas questões importantes para o financiamento do SUS, como o abandono do OSS, numa clara tentativa de desvincular o custeio da saúde do comportamento da receita de contribuições sociais.

Quanto à crítica de abandono dos preceitos constitucionais de custeio da Seguridade Social, é útil considerar a ponderação feita por Ribeiro, Piola e Servo (2007, p. 291). De acordo com esses autores, a opção realizada na EC 29 deve ser vista à luz da ausência de “institucionalidade que dê forma e conteúdo aos princípios constitucionais da Seguridade Social”. Segundo eles, a implementação da solidariedade no financiamento da seguridade

⁵² Diversos autores analisam a Emenda 29, trazendo contribuições que se complementam. Nesta seção, nos baseamos, sobretudo, em Dain (2001); Ugá e Marques (2005); Reis et al. (2001); Mendes (2005); Vianna (2005); Faveret (2003).

⁵³ A revisão do critério de aplicação mínima da União é um dos pontos mais polêmicos no debate sobre a regulamentação da EC/29, como veremos na seção 2.4.

sempre foi obstada pelos objetivos da austeridade fiscal. Nesse contexto, a opção de garantir o financiamento de modo setorialista foi se fortalecendo como alternativa.

A opção por um financiamento setorializado ou articulado no arranjo da seguridade mobiliza uma discussão intensa, a qual foge ao escopo deste trabalho. No entanto, é indiscutível que a vinculação ao desempenho do PIB significou atrelar o custeio da saúde ao fraco desempenho econômico das últimas décadas. Para mostrar como a escolha do indexador dos gastos federais foi cara ao SUS, Dain (2001, p. 137) compara a vitalidade da arrecadação das contribuições sociais entre 1996-2001 ao medíocre desempenho da economia no mesmo período e constata:

Se no período em referência [1996-2001], os aportes fiscais ao MS estivessem regulados por uma EC semelhante à atual, o desempenho da saúde, em si pouco dinâmico, teria evolução ainda menos favorável. Se de outra parte, sua evolução tivesse seguido o ritmo de crescimento da receita de contribuições sociais, os atuais patamares de gasto seriam mais elevados.

Esta questão também foi objeto de críticas por parte de Reis, Ribeiro e Piola (2001). Esses autores levantam uma possível explicação para a escolha do indexador dos gastos federais em saúde com base no PIB. Segundo eles, a perspectiva de reforma tributária pode ter motivado a adoção da variação nominal do PIB como critério em detrimento da vinculação aos recursos do OSS, pelo fato de que as proposta de reforma tributária colocam a possibilidade de extinção da maior parte das contribuições sociais que compõem o OSS, dado seu caráter regressivo.

Essas colocações nos levam a pensar nas reais razões que motivaram a definição do critério de vinculação do gasto da União na EC 29. Nessa reflexão, é bastante útil recorrer ao trabalho de Cardoso Jr. e Castro (2006), o qual revela como o desempenho altamente favorável da arrecadação das contribuições sociais entre 1995-2002 não correspondeu a uma performance igualmente expansiva do gasto social no mesmo período. Na argumentação desses autores, o excelente desempenho das contribuições sociais desvirtuou-se do seu destino legal – o financiamento da política social – pois boa parte delas se destinou à produção dos superávits primários.

Desse modo, é provável que a própria aprovação da EC 29 estivesse condicionada a esta particularidade no que diz respeito ao critério escolhido para determinar a contrapartida da União no custeio do SUS. A não vinculação ao OSS ou a qualquer fonte de receitas pode ter sido a moeda de troca, tendo em vista que, assim, fica garantida uma maior margem de manobra orçamentária bastante funcional ao ajuste ortodoxo. Quando estivermos analisando os impasses à regulamentação da EC 29, ficará mais claro esse embate entre financiamento estável da saúde e os objetivos da área econômica do governo.

Outro ponto de crítica à EC 29, muito comum, diz respeito à ausência de uma definição precisa do que considerar “ações e serviços públicos de saúde” para efeito de cumprimento dos percentuais mínimos fixados. Por não deixar claro o que deveria ser entendido por “ações e serviços de saúde”, a EC 29 abriu espaço para que União, estados e municípios incluíssem gastos indevidos para atingir os mínimos obrigatórios. Muitos incluíram gastos com serviços de saúde para clientela fechada, saneamento básico, merenda escolar, gastos com inativos e outros para alcançar os percentuais mínimos estipulados. Diante disto, o Conselho Nacional de Saúde produziu a Resolução 316/2002, posteriormente transformada na Resolução 322/2003, esclarecendo pontos obscuros de modo a incentivar o cumprimento da EC 29. Ainda sim, o conceito de ASPS é motivo de controvérsias, portanto, é fundamental a regulamentação da emenda 29 para amenizar os problemas de acompanhamento do gasto realizado.

2.3.3 - Avaliação do cumprimento da Emenda Constitucional 29

Considerando as limitações da emenda discutidas na seção anterior, é útil analisar a situação da União, estados e municípios com relação ao cumprimento dos mínimos a serem aplicados em saúde⁵⁴. No caso da União, é nítido que as dificuldades em aplicar o mínimo de acordo com os critérios fixados pela EC/29 estão intrinsecamente relacionadas aos embates com a área econômica do governo desde a aprovação da emenda.

⁵⁴ Vale destacar aqui a importância do SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde) para o acompanhamento do gasto realizado pelas esferas subnacionais. O Sistema, que foi importante no processo de discussão da PEC/29, vem possibilitando o acompanhamento sistemático do cumprimento da EC/29, tanto por meio de sua alimentação regular quanto da análise de balanço realizada por sua equipe nos termos da Resolução nº 322 do CNS.

O primeiro embate ocorreu já na definição dos recursos da saúde para 2001. De acordo com a interpretação do MS sobre a emenda, em 2001, o orçamento mínimo deveria ser o empenhado em 2000, corrigido pela variação nominal do PIB. O orçamento de 1999 foi de R\$18 bilhões, com a correção de 5% iria para R\$19 bilhões em 2000. Entretanto, a execução orçamentária de 2000 da União foi de R\$ 20 bilhões, portanto, a definição do orçamento para 2001 deveria partir de R\$ 20 bilhões. A área econômica do governo discordou e defendeu que o ano anterior a 2001 não era 2000, mas sim 1999, corrigido em 5%. Este entendimento colocava em questão a noção de base fixa pela qual o orçamento da saúde seria definido a cada ano a partir do valor do ano-base (1999) acrescido de 5% e corrigido pelas variações nominais do PIB a cada ano. Essa proposta, que diminuía os recursos para a saúde em R\$ 1,19 bilhão já no orçamento de 2001, foi acatada pela Advocacia Geral da União (AGU).

Diante da polêmica do ano-base (base fixa ou base móvel) a ser considerado no acompanhamento da emenda, o Tribunal de Contas da União emitiu, em 2002, decisão favorável ao MS (Decisão nº 143/2002), ou seja, prevaleceu o conceito de base-móvel. O Tribunal entendeu que a expressão “valor apurado no ano anterior” na redação da emenda refere-se ao valor efetivamente empenhado no ano anterior em ASPS, sobre o qual se deve acrescentar a variação nominal do PIB para definição do valor mínimo a ser aplicado no ano subsequente.

Além disso, outro ponto de discordância no acompanhamento do gasto federal logo após a aprovação da emenda diz respeito à variação nominal do PIB a ser considerada. Uma vez que há defasagem entre a definição dos valores do orçamento e a divulgação dos dados do PIB pelo IBGE, qual variação deve ser considerada para a definição do gasto mínimo da União? De acordo com o documento “Parâmetros Consensuais sobre a Implementação e Regulamentação da EC 29” publicado pelo MS e CNS em 2001⁵⁵, deve ser considerada a variação **disponível** no momento da definição do orçamento. Isto significa que na definição

⁵⁵ O documento é um dos resultados da forte interlocução entre o MS, o CNS, TCU, Comissão de Seguridade Social da Câmara e do Senado, o Conass e o Conasems, diante das controvérsias acerca do entendimento do novo texto constitucional como veremos adiante.

dos valores de 2008, por exemplo, como ainda se desconhece o PIB de 2007, considera-se a variação imediatamente anterior: 2006/2005.

Apesar dessa orientação, há certa confusão quando se trata de avaliar o cumprimento da emenda pela União. O próprio CNS, por exemplo, demonstra nos relatórios divulgados pela sua Comissão de Orçamentos e Finanças a opção pela variação imediatamente anterior ao ano em questão. Já o SIOPS considera a última variação nominal conhecida no momento da definição do orçamento – geralmente, dois anos anteriores ao ano em questão. Por reconhecer que, se não for por essa flexibilidade no entendimento, o dispositivo da emenda 29 não é operacionalizável, adotamos o critério exposto no documento “Parâmetros ...” e reafirmado pelo SIOPS para efeito de acompanhamento do gasto federal.

Tabela 2 – Acompanhamento da EC 29/00, gasto federal, 2000-2006

Ano	Gastos com ASPS (R\$ milhões)	Var. do gasto em relação ao ano anterior (%)	Variação do PIB ¹ (%)	Diferença entre o % aplicado e a var. do PIB em (%)	Diferença entre o valor executado e o gasto mínimo (R\$ milhões)
2000	20.351	-	-	-	-
2001	22.474	10,4	6,5	3,9	22.474
2002	24.737	10,1	13,1	-3,0	24.737
2003	27.181	9,9	8,9	1,0	27.181
2004	32.703	20,3	12,3	8,0	32.703
2005	37.146	13,6	15,6	-2,0	37.146
2006	40.750	9,7	13,5	-3,8	40.750

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Planejamento e Orçamento; IBGE.

Elaboração: própria.

1. PIB calculado pela metodologia do Sistema de Contas Nacionais referência 1985.

A partir desses esclarecimentos, elaboramos a tabela 2 que mostra o gasto efetivamente realizado pelo MS comparativamente ao mínimo estipulado pela EC 29. Dos seis anos analisados (2001-2006), em três deles a aplicação da esfera federal ficou aquém do mínimo. Em 2002, o gasto mínimo deveria ser o valor aplicado em 2001, corrigido por 13,1% (variação nominal do PIB 2000), o que significaria R\$ 25.418 milhões, mas o gasto com ASPS foi de R\$ 24.737. Novo descumprimento se verificou em 2005, quando o gasto com ASPS cresceu 13,6% enquanto a variação nominal do PIB foi de 15,6%. Em 2006, o crescimento das despesas com saúde (9,7%) também ficou abaixo do esperado (13,5%). Como saldo dos três anos de descumprimento, a União acumula um débito de R\$ 2,751 bilhões (em valores correntes).

No que se refere aos estados, não obstante tenha havido um maior esforço no financiamento do SUS a partir de 2000 (como veremos no próximo capítulo), a aplicação ainda é inferior ao esperado diante das determinações da emenda 29.

A maioria dos estados não cumpre os percentuais mínimos fixados pela emenda (ver a tabela 3)⁵⁶. Mais da metade não aplicou o mínimo devido em ASPS entre 2002-2006, de acordo com a análise de balanço realizada pela equipe do Siops. Curiosamente ao considerar a informação declarada pelos estados em 2006, a situação se inverte: quase todos cumpriram a emenda. Certamente não se trata de uma reviravolta positiva a favor do cumprimento da emenda, e sim da inclusão de despesas indevidas (clientela fechada, saneamento etc.) nas informações declaradas, problema já comentado anteriormente.

Tabela 3 - Situação dos estados em relação ao cumprimento da EC/29, 2000-2006

Ano	Cumpriram	Não Cumpriram	Total
2000	16	11	27
2001	18	9	27
2002	11	16	27
2003	11	16	27
2004	12	15	27
2005	9	18	27
2006	9	18	27

Fonte: SIOPS (notas técnicas).

Considerando o período 2000-2006, percebemos que alguns estados descumprem regularmente os mínimos fixados pela emenda. São eles: Maranhão, Piauí, Alagoas, Sergipe, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Paraná, Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. No entanto, a situação mais crítica é a do Rio Grande do Sul. Em 2006, o estado aplicou apenas 4,41% da receita considerada para efeito de acompanhamento da EC 29, quando deveria ter aplicando, pelo menos, 12%.

⁵⁶ Essa análise privilegiou as informações da análise dos balanços estaduais divulgadas nas notas técnicas do Siops disponíveis em: <<http://siops.datasus.gov.br>>. Tal opção se justifica por se tratar de dados criteriosamente apurados pela equipe do Siops com base nas determinações da emenda e nas orientações da Resolução nº 322/2003 do CNS quanto ao conceito de ASPS.

Como resultado da inobservância do gasto mínimo em ASPS em todo esse período, os estados acumulam um débito de R\$14,9 bilhões, em valores correntes, ou R\$16,7 bilhões em reais de 2006 (Tabela 4).

Tabela 4 - Débito acumulado por estados que descumpriram a EC/29, 2000-2006

Ano	Valores correntes	Em milhões de reais
		R\$ de 2006*
2000	890	1.575
2001	220	354
2002	1.615	2.048
2003	1.791	2.110
2004	2.152	2.261
2005	3.454	3.585
2006	4.768	4.768
Total	14.890	16.701

Fonte: SIOPS/Notas Técnicas.

Elaboração própria.

* Deflacionado pelo IGP-DI.

Quanto aos municípios, a situação é bem melhor em relação ao cumprimento da emenda 29 (tabela 5)⁵⁷. Desde 2002, é crescente o número de municípios que aplicaram o percentual mínimo das receitas próprias ou mais em ASPS. A quantidade relativamente menor de municípios nessa situação em 2006 deve ser vista com cautela diante do número expressivo de municípios que ainda não haviam informado ao sistema no momento da coleta dos dados. Mesmo assim, nesse ano, 95% dos municípios brasileiros estavam em conformidade com a emenda.

⁵⁷ Devemos lembrar que a análise da situação municipal é feita a partir das informações declaradas ao SIOPS. Isto porque a imensa quantidade de municípios brasileiros inviabiliza a análise criteriosa dos balanços como é feito pela equipe do SIOPS para os estados. Apesar dos riscos em considerar informações declaradas, como a inclusão de despesas estranhas ao conceito de ASPS, devemos lembrar que, assim como outros sistemas de natureza declaratória, no SIOPS, o respondente se responsabiliza pelas informações prestadas.

Tabela 5 - Situação dos municípios em relação ao gasto mínimo fixado pela EC/29, 2000-2006

Ano	Não cumpriram	Cumpriram	N.I.	S.B.	Total
2000	752	4.583	3	167	5.505
2001	1.907	3.597	11	44	5.559
2002	1.260	4.232	20	47	5.559
2003	808	4.596	62	93	5.559
2004	576	4.630	219	133	5.558
2005	170	5.293	98	1	5.562
2006	56	5.276	229	1	5.562

Fonte: SIOPS (informações declaradas), posição em outubro/2007.

N.I - Não Informado.

S.B - Sem Balanço.

Entretanto, o bom desempenho dos municípios deve ser vista com cautela, pois como já demonstraram outros estudos (FAVERET, 2003), a vinculação de recursos para os municípios pouco alterou a inserção dessa esfera no financiamento da saúde. A reordenação organizacional do sistema de saúde na década de 1990, com ênfase na municipalização, impulsionou o gasto realizado pelos municípios em ASPS, de modo que boa parte dos municípios já aplicavam o percentual estabelecido pela emenda ou algo muito próximo dele. Por isso, a situação confortável desses entes perante o cumprimento dos mínimos exigidos pela EC/29 merece ser relativizada.

Mas considerando ainda aqueles que não cumprem o percentual mínimo, é importante analisar em que medida isto se relaciona com o porte do município. De acordo com a tabela 6, é visível a maior dificuldade de aplicação do percentual mínimo da receita (15%) entre os municípios com até 50.000 habitantes. O percentual de descumprimento é relativamente mais elevado entre os municípios com esse porte populacional. Mas o descumprimento da emenda 29 também se mostrou significativo entre os municípios com 200.001 a 400.000 habitantes.

Tabela 6 - Classificação dos municípios de acordo com o cumprimento da emenda 29 e por porte populacional, Brasil, 2006

Faixa Populacional	< 15%	%	> 15%	%	Não enviou	Total
até 5.000 hab	14	1,02	1.290	94,23	65	1.369
5.001 a 10.000 hab	16	1,25	1.205	93,92	62	1.283
10.001 a 20.000 hab	13	1,02	1.212	94,69	55	1.280
20.001 a 50.000 hab	9	0,86	1.001	95,61	37	1.047
50.001 a 100.000 hab	3	0,97	298	96,44	8	309
100.001 a 200.000 hab	0	0,00	141	99,30	1	142
200.001 a 400.000 hab	1	1,25	78	97,50	1	80
acima de 400.001 hab	0	0,00	51	98,08	1	52
Total	56	1,01	5.276	94,86	230	5.562

Fonte: SIOPS, posição em 04/10/2007.

2.4 A longa jornada rumo à regulamentação da EC 29

A promulgação da EC 29 não encerrou a questão da vinculação de recursos à saúde. Com a nova redação, o parágrafo 3º do artigo 198 da Constituição prevê a elaboração de Lei Complementar, que, a cada cinco anos, deve ser reavaliada estipulando novos percentuais mínimos que cada ente governamental deve destinar às ações e serviços de saúde.

Ademais, a lei complementar deve dispor sobre duas outras questões também importantes para a consolidação do SUS. Uma delas diz respeito às normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual e municipal. A outra se refere aos critérios de rateio dos recursos transferidos pela União aos estados, distrito federal e municípios vinculados à saúde, bem como daqueles transferidos pelos estados aos municípios com a mesma finalidade, visando à redução das desigualdades regionais.

De acordo com Vianna (2005, p.16), ao estipular a elaboração de lei complementar que a cada cinco anos reavaliará o compromisso de cada esfera governamental buscou-se eliminar o risco de rigidez da legislação. Ele avalia também de forma positiva a inclusão dos critérios de rateio dos recursos transferidos como objeto de deliberação da referida Lei Complementar, pois esta diretriz é fundamental para solucionar duas questões centrais no financiamento da saúde:

“a equidade na repartição dos recursos da União entre os entes federados e o fortalecimento da descentralização mediante a instituição de repasses diretos, globais e automáticos, dispensando convênios e evitando que o uso do recurso seja determinado pela instância de origem” (grifos do autor).

Além da necessidade de definição dessas questões, a regulamentação da emenda é aguardada com muita ansiedade diante da necessidade de esclarecimento de diversos pontos para o acompanhamento dos novos dispositivos constitucionais em relação ao gasto mínimo, como comentamos anteriormente. Dentre os principais questionamentos, estavam: que variação do PIB considerar, que tipo de despesa (empenhada, liquidada ou paga) e, principalmente, o que considerar como ações e serviços públicos de saúde (ASPS). Na ausência da regulamentação, o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde promoveram ampla discussão com o Conass, o Conasems, o Tribunal de Contas da União e a Comissão de Seguridade Social da Câmara e do Senado entre 2001 e 2002.

Essa interlocução contribuiu para a elaboração de normas adequadas ao acompanhamento do cumprimento da EC 29, inclusive subsidiando a formulação de propostas posteriores de regulamentação da emenda. Do consenso estabelecido entre o MS e seus principais parceiros (CNS, Conass, Conasems, tribunais de contas), resultou a produção de documentos importantes para fiscalização do cumprimento da emenda. São eles: “Parâmetros Consensuais sobre a implementação e regulamentação da EC 29” (MINISTÉRIO DA SAÚDE/CNS, 2001); Relatório do Seminário sobre a Operacionalização da EC 29 (MINISTÉRIO DA SAÚDE/SAA, 2001); e a Portaria MS/GM nº 2.047/2002.

Entretanto, ainda permanecia a lacuna da imprecisão quanto ao conceito de ASPS para o acompanhamento da EC 29. Para dirimir as dúvidas a esse respeito, o CNS, a partir de intensas discussões com outros atores, publicou a Resolução 316 em 4 de abril de 2002, posteriormente substituída pela Resolução 322 de 08 de maio de 2003.

Essa ampla discussão entre CNS, MS e outros atores subsidiou a formatação das minutas de projeto de lei para regulamentação da emenda por diversos parlamentares. As primeiras propostas de regulamentação da EC/29 surgiram em 2002, quando os senadores Tião Viana

e Paulo Hartung apresentaram no senado suas propostas de regulamentação da emenda e, na Câmara, fez o mesmo o deputado Ursicino de Queiroz.

Em 2003, o deputado Roberto Gouveia do PT/SP apresentou o projeto de lei PLP 01/2003 para regulamentação da EC 29. O Deputado Guilherme Menezes foi indicado relator pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados e formulou substitutivo, que tem como espinha dorsal a Resolução 322 do CNS. A XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003 aprovou a proposta apresentada no substitutivo do deputado Guilherme Menezes. Por essa proposta, o gasto da União passaria a ser equivalente a 10% da receita corrente bruta (RCB). Em maio de 2006, após ampla mobilização dos setores da sociedade vinculados à área da saúde, inclusive com o apoio dos mais de 200 parlamentares que compõem a Frente Parlamentar da Saúde, a proposta entrou em pauta para discussão no plenário da Câmara dos Deputados, mas não foi à votação.

Após percorrer todas as comissões da Câmara dos Deputados (Comissão de Seguridade Social e da Família, Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania; Comissão de Finanças e Tributação), o PLP 01/2003 estava pronto para votação em plenário em 2007. No entanto, em março desse mesmo ano, surgiram duas novas proposta de regulamentação, desta vez no Senado. Uma do senador Tião Viana e outra do senador Marconi Perilo.

De acordo com estudo comparativo entre as três propostas de regulamentação realizado por Gilson Carvalho (2007), as propostas do senado se diferenciavam essencialmente do PLP 01/2003 da Câmara nos seguintes aspectos: quanto à vinculação do gasto da União, o projeto de Tião Viana era idêntico (mantinha a proposta de 10% da RCB). Já a proposta de Marconi falava em 18% da RCL.

Quanto aos critérios de partição dos recursos da União para estados e municípios, o projeto de Marconi se assemelha ao PLP 01: ambos propõem que se considerem as necessidades da população, avaliadas nas dimensões “epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e serviços de saúde”.

A proposta do senador Tião Viana sugere que “70% dos recursos sejam distribuídos pelo critério populacional; 25% pelos critérios definidos no art.35 da Lei nº 8.080/90; e 5%

conforme metas de desenvolvimento tecnológico e de ampliação da capacidade assistencial pactuadas entre o MS e as respectivas unidades federadas, em percentuais inversamente proporcionais à capacidade instalada da unidade federada correspondente”.

Em outubro de 2007, a proposta do senador Tião Viana (PLS 00121/2007) sofreu sérias alterações promovidas pela Comissão de Assuntos Econômicos (CAE) do Senado, a partir da articulação promovida pela área econômica do governo. Em nota técnica elaborada pela Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento (AESD) do MS, constatou-se que as emendas aprovadas no âmbito da CAE comprometeriam seriamente o financiamento do SUS nos próximos anos. Isto porque, por um lado, suprimiu-se receitas e por outro incorporou-se novas despesas ao conceito de ASPS, como aposentadorias e pensões de servidores da saúde e saneamento básico no caso dos municípios com até 50.000 habitantes⁵⁸, dentre outras, contrariando claramente as orientações da Resolução 322 do CNS.

No entanto, uma das emendas mais prejudiciais ao projeto inicial, apresentada pelo Senador Francisco Dorneles, a pedido da equipe econômica e aprovada pela CAE, mantém a variação nominal do PIB como critério para correção do gasto da União, derrubando a proposta de 10% da RCB que já tinha sido aprovada pela 12ª Conferência Nacional de Saúde e pelas Comissões da Câmara dos Deputados (Seguridade Social e Família, de Tributação e Finanças, e de Constituição e Justiça). Como constatou a equipe da AESD/MS, isto significava “congelar os recursos da União em patamar reconhecidamente insuficiente para a sustentabilidade econômico-financeira do SUS”. O senador Tião Viana, autor do projeto, acabou apoiando a proposta de Dornelles, reconhecendo que a mudança era inevitável para a aprovação do projeto.

As discussões em torno das emendas aprovadas na CAE expuseram as divergências no interior do governo quanto à regulamentação da EC 29. De um lado, a equipe econômica esforça-se para tornar o projeto de regulamentação da emenda favorável aos seus objetivos de ajuste fiscal, o que significava afastar qualquer proposta de vinculação do gasto federal à

⁵⁸ Atualmente, só o saneamento de cidades com até 30 mil habitantes pode ser incluído com despesa em ASPS.

base de receitas da União; de outro, o MS conta-ataca demonstrando o desfinanciamento do SUS caso se mantivesse o critério de variação nominal do PIB. Diante desse embate, a articulação política do governo se esforçou e conseguiu adiar a votação dos projetos na Câmara e no Senado, até que houvesse um entendimento entre os ministros da Saúde e da Fazenda.

Ao postergar a votação dos projetos, ficou claro que o governo não aceitava as propostas de vinculação do gasto da União a sua base de receitas, demonstrando assim a forte influência do ministro da Fazenda Guido Mantega nas posições do governo. Por diversas vezes, Mantega afirmou ser insustentável a proposta de que o gasto da União com saúde fosse de 10% da RCB. Por isso, não é nenhum exagero pensarmos que a dificuldade que o projeto vem encontrando para sua aprovação reside na sua incompatibilidade com os pressupostos da política econômica ortodoxa, afinal, a vinculação de recursos reduziria o raio de manobra da área econômica do governo na produção do superávit primário.

Com a intensificação dos embates em torno da prorrogação da CPMF a partir do segundo semestre de 2007, o governo passou a tratar a votação da proposta de regulamentação da emenda 29 como moeda de troca no jogo político em torno da prorrogação da referida contribuição. Como haveria um aumento dos repasses para a saúde por efeito da regulamentação da emenda (ainda não se sabia de quanto), o governo queria uma proposta de regulamentação com um dispositivo para aumentar o repasse da CPMF para a saúde, sendo assim ela seria a principal fonte para o maior aporte de recursos que viria com a regulamentação. Através desta estratégia, a regulamentação da emenda forçaria a prorrogação da CPMF até 2011 pelos parlamentares, ou seja, a extensão do prazo da contribuição ganharia legitimidade já que ela financiaria o aumento de verbas para saúde, resgatando-se a justificativa inicial para sua criação.

Assim, a proposta do governo começou a ser desenhada estabelecendo um aumento gradual da participação do MS no bolo arrecadado pela CPMF. A idéia era aumentar, até 2011, de 0,20% para 0,28% a participação da saúde na alíquota da CPMF, da seguinte forma: 0,23% em 2008; 0,25% em 2009; 0,27% em 2010 e 0,28% em 2011. O que representaria uma incorporação de aproximadamente R\$ 4,07 bilhões para o setor em 2008 considerando-se

uma arrecadação prevista de R\$ 40 bilhões com a CPMF. Esse incremento seria adicionado ao valor encontrado pela correção do gasto realizado com base na variação nominal do PIB.

Os deputados da Frente Parlamentar da Saúde rebateram essa proposta e reafirmaram a intenção a favor da vinculação de 10% da RCB que poderia ser alcançada também de forma escalonada: 8,5% em 2008, 9% em 2009, 9,5% em 2010 e 10% em 2011. Mas o governo permaneceu rejeitando qualquer proposta de vinculação de recursos.

Sem consenso, o PLP 01/2003 foi à votação no Plenário da Câmara no dia 31 de outubro, quando foi aprovado com emenda feita pelo deputado governista Guilherme Menezes (PT-BA)⁵⁹. O texto de autoria deste deputado mantém o gasto federal em saúde corrigido pela variação nominal do PIB, em vez de aplicar 10% da RCB como constava no substitutivo da Comissão de Seguridade Social e Família. Ao valor encontrado a partir da correção com base na variação nominal do PIB, seria acrescentado um adicional referente ao aumento da participação da saúde na alíquota da CPMF, atualmente 0,20%. O acréscimo sobre a receita da CPMF seria de 10,12% em 2008, de 11,62% em 2009; 12,71% em 2010; e de 17,37% em 2011.

No que tange às despesas a serem consideradas como ASPS, o texto aprovado seguiu a orientação do CNS contida na Resolução 322. Permanecem de fora as despesas com inativos e pensionistas da saúde, despesas com merenda escolar, com serviços de saúde para servidores (conhecidos como “clientela fechada”), ações de assistência social, dentre outras.

Quanto ao conceito de ASPS, o texto aprovado foi favorável ao financiamento do SUS, pois manteve de fora diversos gastos que mesmo tendo impactos sobre as condições de saúde da população não podem ser considerados despesas com ASPS. Como esclarece o CNS, caso fossem incluídas, essas despesas “inchariam” o cálculo do gasto mínimo

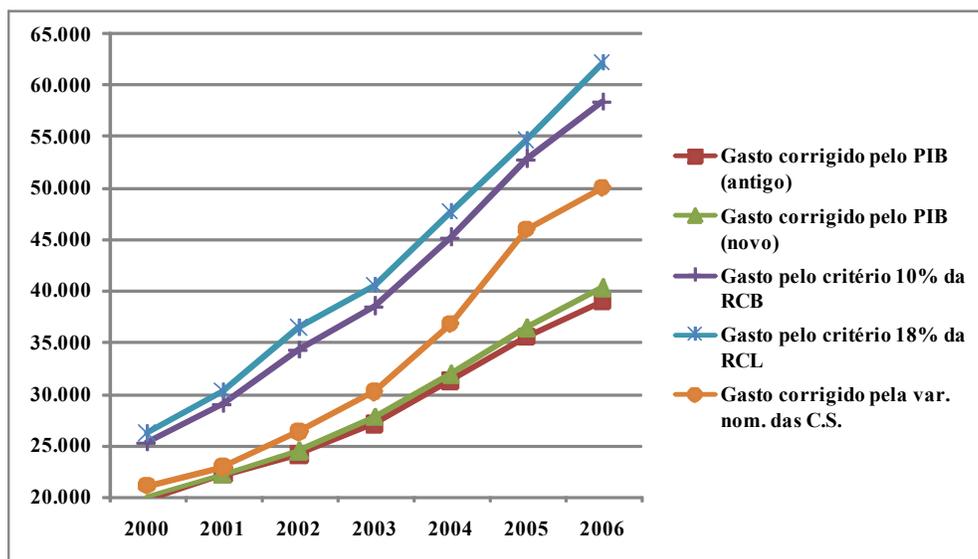
⁵⁹ Com a extinção da CPMF, esse incremento de recursos será revisto pelos senadores, assim como os demais pontos do texto aprovado em primeiro turno na Câmara. Após essa revisão, o mesmo retornará para apreciação final pela Câmara. Até o término deste trabalho, esse trâmite ainda não tinha ocorrido. Certamente, a redefinição do aumento dos repasses federais continuará como principal item de discussões.

resultando num aporte menor de recursos para financiar a assistência à saúde de fato. Por isso, seguir a orientação do CNS na definição do conceito de ASPs foi uma vitória importante.

Entretanto, quanto ao mecanismo de correção do gasto federal, o SUS amargou uma grande derrota, mas que para a área econômica do governo representou uma importante vitória. A variação nominal do PIB (seja considerando a metodologia nova, referência 2000, ou antiga, referência 1985, do IBGE) é o pior critério para aferição do gasto mínimo federal, pois garante menores recursos para o SUS em comparação com outras propostas (ver gráfico 2). Contrariamente, a proposta de 18% da RCL do senador Marconi Perillo garantiria o patamar mais alto de recursos federais para a saúde pública, 54% maior que o valor encontrado pela correção através do PIB nominal para o ano de 2006.

A proposta de 10% da RCB, como constava originalmente no PLP 01, seria o segundo melhor mecanismo de correção dos gastos federais. Se nenhuma das duas propostas de vinculação de receita lograsse ser aprovada, mas ainda assim os gastos federais com ASPs acompanhassem a variação nominal das contribuições sociais, o SUS ainda sairia ganhando. Por essa proposta, o ritmo de crescimento do gasto em saúde acompanharia o das contribuições sociais, o que seria perfeitamente condizente com a matriz original de financiamento da Seguridade Social. Nessa situação, o montante de recursos para 2006 seria 24% maior que aquele garantido pela variação nominal do PIB.

Gráfico 2 – Simulações do gasto federal em ASPS conforme diversos critérios de correção, 2000-2006 (em R\$ milhões correntes)



Fonte: Ministério da Saúde e Secretaria do Tesouro Nacional. Elaboração própria.

Vemos, portanto, que os parlamentares aceitaram um “vale-brinde” de quatro anos para manter permanentemente a instabilidade no financiamento da saúde pública. Nos próximos quatro anos, o custeio do SUS receberia um fôlego maior propiciado pelo incremento da participação da saúde na arrecadação da CPMF, caso esta fosse prorrogada, mas continuaria a depender **exclusivamente** do comportamento da atividade econômica, que nas duas últimas décadas revelou uma clara tendência ao fraco crescimento.

Com o fim da CPMF, nem esse aumento provisório se concretizará. Na prática, isto significa que os incrementos de recursos continuarão apenas repondo a inflação com pequeno crescimento real, quando houver, a não ser que haja um *boom* de crescimento nos próximos anos, hipótese muito pouco realista. Portanto, os recursos do SUS permanecerão congelados em patamar insuficiente e a regulamentação da emenda 29 continuará no horizonte como possibilidade de mudar o cenário atual do financiamento da saúde.

2.5 Determinantes da capacidade do gasto em saúde das esferas subnacionais

Ao discutir o financiamento da política de saúde no Brasil, uma dimensão importante a ser considerada é a capacidade de aplicação de recursos por parte das esferas subnacionais.

Esta, por sua vez, depende: (i) dos efeitos do atual modelo do federalismo fiscal e (ii) da situação financeira dos estados e municípios. Essa reflexão sobre a capacidade de aplicação dos governos subnacionais é importante para compreender a relevância dos fluxos distributivos no arranjo do financiamento do SUS e seu papel na correção das disparidades na capacidade de aplicação de recursos próprios.

Assim, a presente seção pretende analisar esses determinantes da capacidade do gasto subnacional e para isto se divide em três partes. Na primeira, o foco da discussão são as limitações ao gasto das esferas subnacionais decorrentes do modelo do federalismo fiscal em voga. Na segunda parte, nos concentraremos numa breve análise da situação financeira dos entes subnacionais, especialmente dos estados, atentando para seu grau de endividamento. Na terceira e última parte, o foco são as transferências federais no SUS. Dada sua importância na correção das desigualdades na capacidade de gasto, é válido analisar quais os constrangimentos ao efetivo cumprimento do papel da União na equalização da capacidade do gasto em saúde.

2.5.1 – Implicações do arranjo de Federalismo Fiscal sobre o financiamento da saúde

Para os objetivos deste trabalho, é desnecessário uma discussão longa sobre as transformações do federalismo fiscal no Brasil nas últimas décadas⁶⁰. No entanto, interessa observar como as mudanças recentes afetam a capacidade de gasto das esferas subnacionais de governo, principalmente sua capacidade de aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde⁶¹.

Recuperando a trajetória recente do modelo do federalismo fiscal brasileiro, percebemos que seus traços atuais têm suas origens nos fundamentos da reforma de 1967, concebida com forte orientação descentralizadora. Apesar deste viés, o sistema tributário brasileiro foi

⁶⁰ Uma abordagem detalhada dessas transformações pode ser encontrada em Rezende (2003) e Prado (2007; 2003).

⁶¹ É válido lembrar que as conexões entre federalismo fiscal e financiamento do SUS já foram objetos de estudos específicos, dos quais destacamos as interessantes abordagens de Luciana Dias de Lima (2006; 2007) e Ana Cecília Faveret (2002), principais referências utilizadas nessa seção.

adquirindo feição centralizadora nos anos da ditadura, com claro domínio da esfera federal sobre a arrecadação de receitas e alocação do gasto.

A centralização tributária no poder federal desencadeou a reação dos entes subnacionais no processo de redemocratização nos anos 1980. Conseqüentemente, estados e municípios conquistaram maior espaço no que concerne às competências tributárias e ao sistema de partilha tributária. Tais conquistas se consolidaram na Constituinte de 1988 e o sistema adquiriu uma feição mais descentralizada. Na visão de Faveret (2002, p. 66),

A redefinição das competências tributárias foi acompanhada pela instituição de novos critérios para repartição de receitas entre a União, Estados e Municípios, levando a um aumento da participação das duas últimas esferas governamentais no produto da arrecadação dos tributos federais.

Como resultado desse processo de descentralização tributária encaminhado a partir dos anos 1980, houve diminuição significativa da fatia do bolo tributário sob domínio da União. A participação desta esfera na receita tributária disponível caiu de 62,9% em 1989 para 58,5% em 1991. Enquanto isso, no mesmo período, os estados aumentaram sua fatia de 25,7% para 28,4% e os municípios, de 11,3% para 13% (FAVERET, 2002).

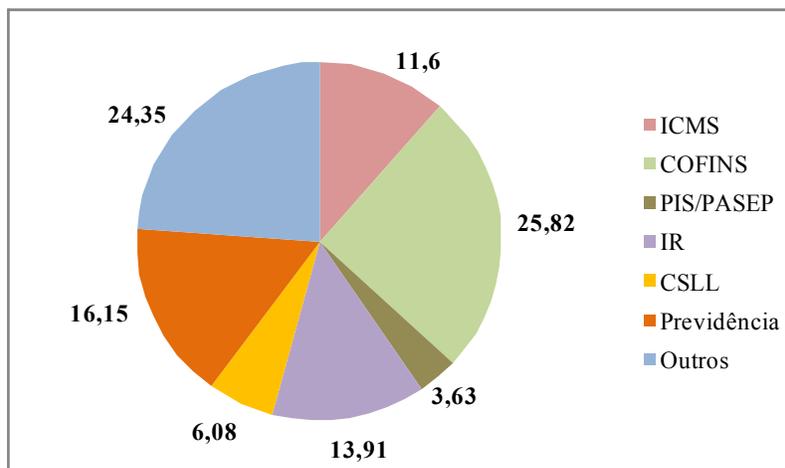
A perda de recursos e a maior rigidez orçamentária provocaram uma reação recentralizadora da esfera federal cujas conseqüências são fundamentais para a capacidade de gasto das esferas subnacionais em saúde. Como esclarece Lima (2007), por um lado, o governo federal se desinteressou em aperfeiçoar a arrecadação do imposto de renda e outros impostos que compõem o bolo tributário a ser repartido com estados e municípios⁶²; por outro, se empenhou em ampliar a arrecadação via contribuições sociais, pois não há obrigatoriedade legal de partilhá-las com os demais entes federados.

O gráfico 3 corrobora as conclusões de Lima (2007) e Faveret (2002) acerca do papel recente das contribuições sociais no aumento da arrecadação federal. Entre 1998-2006,

⁶² No caso do IR em particular, a autora destaca a permanência de problemas relacionados “à estreiteza da base de arrecadação, aos benefícios que diminuem o seu valor nominal e sua progressividade” (LIMA, 2007, p.515)

35,5% do incremento na carga tributária foi responsabilidade da Cofins, Pis/Pasep, CSLL, conforme dados de Affonso (2007). Se acrescentarmos a arrecadação previdenciária, esse percentual sobe para 51,7%.

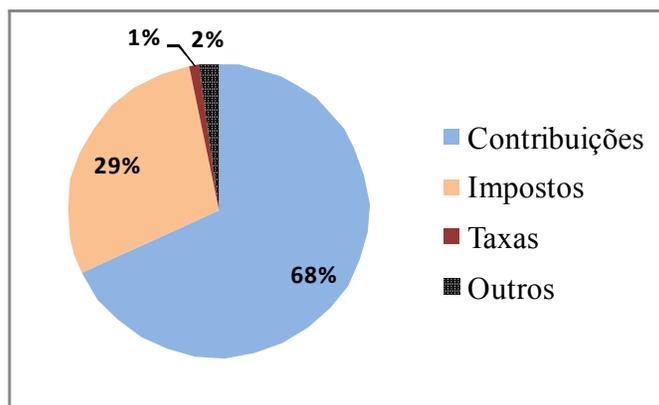
Gráfico 3 – Contribuição das diversas fontes para o aumento da arrecadação federal, 1998/2006 (%)



Fonte: Affonso (2007).

Como resultado do esforço da União em ampliar sua arrecadação via contribuições, a composição da carga tributária desta esfera em 2006 demonstra a preponderância desta fonte na arrecadação total (ver gráfico 4).

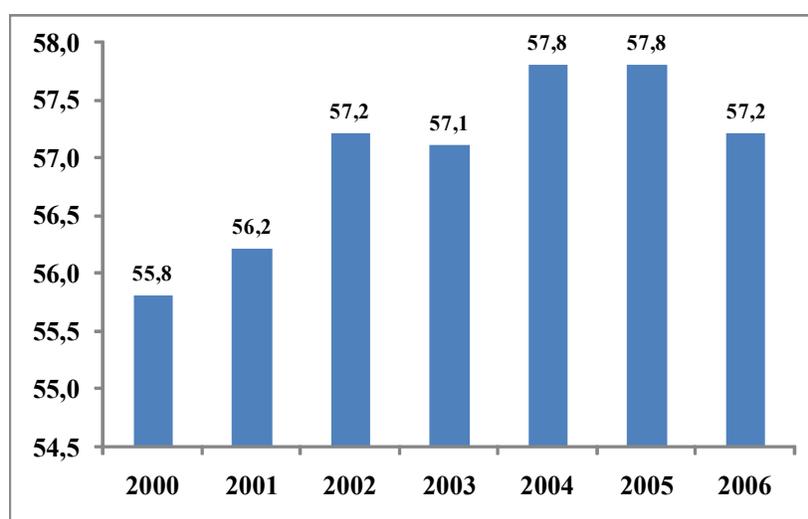
Gráfico 4 – Composição da carga tributária da União, 2006



Fonte: Affonso (2007).

De acordo com o estudo de Faveret (2002), o reflexo da reação recentralizadora já transparece em 1994, quando a participação da União na receita tributária disponível alcançou 63,6% e a participação dos estados e municípios se reduziu a 25% e a 11,4%, respectivamente. No período mais recente, o trabalho de Afonso (2007) mostra a continuidade dessa tendência à recentralização fiscal, apresentada no gráfico 5. De 2000 a 2005, a União avançou sobre a receita tributária disponível, se apoderando de quase 60% dela.

Gráfico 5 – Recentralização fiscal recente: participação da União na receita tributária disponível



Fonte: Afonso (2007).

É importante compreender as conseqüências dessa reação centralizadora da União sobre o financiamento da política de saúde e, para isto, nos apoiamos nas conclusões do estudo de Lima (2007). De acordo com a autora, as mudanças no modelo do federalismo fiscal comprometeram o custeio da saúde de diversas maneiras. Com relação à esfera federal, o aumento das receitas oriundo das contribuições sociais não se converteu em maiores verbas para o SUS, pois a União também se empenhou em garantir a desvinculação de parte dessas receitas para aplicação em finalidades distintas da social através do FSE, do FEF e da DRU.

Por sua vez, a aplicação das esferas subnacionais ficou comprometida, pois diminuiu sua participação na receita tributária federal, já que a arrecadação dos tributos partilhados não acompanhou a evolução acelerada das receitas da União, impulsionadas pelas contribuições

sociais; Ademais, considerando os recursos tributários repassados pela União, Lima (2007) lembra a perda de autonomia na gestão dos mesmos pela subordinação do Fundo de Participação dos Estados (FPE) ao pagamento da dívida dos governos estaduais com a União. Discutiremos os impasses decorrentes do endividamento dos estados na próxima seção.

Para finalizar as limitações ao financiamento da saúde pelas esferas subnacionais derivadas do modelo de federalismo fiscal, é válido mencionar as limitações das transferências redistributivas no arranjo tributário federal. O objetivo dessas transferências é a equalização horizontal da capacidade de gasto entre as esferas subnacionais. Para termos uma idéia da amplitude das desigualdades existentes, Prado (2003, p. 42) revela que “as regiões atrasadas têm arrecadação efetiva per capita em média três vezes menor que a da região sudeste, basicamente em função dos diferenciais de produção e renda”. A fim de se preservar alguma equidade entre as jurisdições, é importante garantir nos sistemas fiscais mecanismos redistributivos.

Ao avaliar o sistema de partilha brasileiro, Prado (2003) constata que sempre houve, nas discussões que marcaram a configuração do federalismo brasileiro, uma concentração exclusiva no rateio entre níveis de governo. Isto deixou para segundo plano, até com certo abandono, outro aspecto fundamental da “fiscalidade federativa”: a distribuição horizontal de recursos entre governos subnacionais.

Com relação à capacidade do sistema de partilha lograr a redução das disparidades inter-regionais, o estudo de Prado traz conclusões interessantes. Dentre elas, vale destacar especialmente as limitações dos fundos de participação (FPE, FPM), principais mecanismos redistributivos do sistema brasileiro. “Eles não levam em consideração, como seria lógico para fundos cuja finalidade é buscar equalização na capacidade total de gasto orçamentário entre jurisdições, o resultado gerado pela arrecadação própria mais os demais fluxos de transferências” (PRADO, 2003, p.69).

Ou seja, os fundos de participação se inserem de forma autônoma, isolada, sem considerar como critério a equalização da capacidade final de gasto. Portanto, a distribuição de

recursos realizada por eles “acaba por gerar distorções ainda maiores do que aquelas que o resto do sistema já cria por si só” (PRADO, 2003, p.69).

Para finalizar essa discussão é interessante observar o grau de dependência dos municípios em relação às receitas de transferências intergovernamentais, considerando as diferenças regionais e de porte populacional. Pela tabela 7, percebemos a relação inversa entre porte do município e grau de dependência. Quanto menor o município, maior a dependência financeira das transferências de outros níveis de governo. Essa dependência torna-se ainda mais forte se o município está localizado na região Norte ou Nordeste.

Tabela 7 - Participação da receita de transferências governamentais na receita total dos municípios por faixa populacional e região, 2006

Faixa Populacional dos municípios	Regiões				
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Até 5.000 hab	95,9	100,0	96,1	93,4	96,7
De 5.001 a 10.000 hab	92,3	96,8	89,9	90,2	91,6
De 10.001 a 20.000 hab	92,2	96,2	88,3	86,0	87,5
De 20.001 a 50.000 hab	92,2	94,0	81,5	78,4	83,1
De 50.001 a 100.000 hab	87,4	88,8	76,2	72,8	80,4
De 100.001 a 200.000 hab	88,6	86,7	71,9	72,8	73,0
De 200.001 a 400.000 hab	84,1	80,1	67,1	68,2	71,3
Acima de 400.001 hab	67,0	66,2	49,3	54,1	59,0
Total	85,1	85,4	64,3	74,0	77,2

Fonte: Siops. Posição em novembro/2007.

Dados referentes a 97% dos municípios, que equivale a 98,7% da população.

2.5.2 – Endividamento dos governos estaduais e suas conseqüências para o financiamento do SUS

A fragilidade financeira dos estados é outro elemento importante para compreendermos os limites à expansão do financiamento do SUS pelas esferas subnacionais de governo. Essa fragilidade está associada ao alto grau de endividamento desses entes bem como à forma de renegociação do estoque da dívida promovido pelo governo federal na segunda metade dos anos 1990, a qual implicou em séria limitação à autonomia de gasto dos estados. Por isso, julgamos relevante suscitar essas questões para uma visão multidimensional dos entraves no campo do financiamento da saúde.

O endividamento dos governos estaduais tem origem nos anos 1960 e 1970, quando as operações de crédito funcionaram como mecanismo de financiamento desses entes no processo de desenvolvimento que marcou aquelas décadas⁶³. A menor capacidade tributária, decorrente da forte concentração do poder tributário na esfera federal, aliada à facilidade de acesso ao mercado financeiro internacional e às operações internas, impulsionou os governos estaduais à ampliação do endividamento como mecanismo de financiamento. Mas com a crise dos anos 1980 e o novo quadro macroeconômico, a preocupação com o déficit público se tornou um elemento central na política econômica e o governo federal passou a enfatizar o controle do endividamento⁶⁴.

Com o Plano Real, a política de controle do endividamento assumiu feições bem distintas em relação aos anos anteriores. Pela primeira vez, a renegociação das dívidas estaduais foi atrelada a um ajuste patrimonial, com venda de empresas estaduais, e a um ajuste fiscal. Essa nova estratégia ficou explícita no Programa de Ajuste Fiscal e Reestruturação Financeira dos estados voltado ao refinanciamento das dívidas estaduais. Como observou Lopreato (2000, p.131):

O programa, pela primeira vez, associou o auxílio financeiro federal à reforma do setor público estadual e ao ajuste patrimonial. Os estados participantes teriam a obrigação de fixar, de forma organizada e monitorada, compromisso com metas de ajuste fiscal e saneamento financeiro, sendo forçados a adotar medidas de controle salarial e corte de pessoal, privatização, concessão de serviços públicos (...).

Visando à redução da dívida financeira total dos estados, o programa introduziu um mecanismo de controle global do endividamento, vetando a emissão de nova dívida mobiliária até que a meta fiscal fosse cumprida. Assim, a contratação de novos

⁶³ O endividamento dos governos estaduais foi amplamente analisado por Lopreato (2000), em um criterioso trabalho que aponta a articulação do crescimento da dívida com o modelo de desenvolvimento em curso, as estratégias de enfrentamento do estoque da dívida desde os anos 1980 e a especificidade do programa de renegociação implementado nos anos 1990. O autor avalia a relação deste programa com a nova estratégia de desenvolvimento, suas conseqüências para a capacidade de gasto dos estados e as implicações sobre a correlação de forças entre as esferas de governo.

⁶⁴ As diversas formas de controle do endividamento estadual bem como seus limites são discutidas em detalhes por Lopreato (2000).

empréstimos ficou condicionada ao comportamento decrescente da relação dívida/receita líquida.

Ao observar as exigências de venda do patrimônio estatal e da contração dos gastos correntes com pessoal no âmbito da nova estratégia de saneamento financeiro dos estados não podemos deixar de resgatar as conclusões de Lopreato. De fato, como aponta nosso autor, o governo federal utilizou-se do programa de renegociação da dívida para implementar sua estratégia liberal de redução do papel do estado no novo modelo de desenvolvimento.

O objetivo não é apenas o de controlar o endividamento, mas reestruturar o setor público e garantir maior presença do setor privado. A nova estratégia de desenvolvimento esvazia a atuação do estado e fortalece o capital privado como fonte dinâmica de crescimento e responsável pelos investimentos necessários à alavancagem da competitividade da economia (LOPREATO, 2000).

É válido lembrar que essa mesma estratégia de desenvolvimento provocou a explosão da dívida mobiliária dos estados nos anos 1990, pelas altas taxas de juros praticadas tanto no governo Collor quanto no governo FHC. Os estados mais prejudicados foram São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, pois eram responsáveis por 90% do estoque da dívida mobiliária, como revela o mesmo estudo de Lopreato. No entanto, o autor salienta a gravidade do problema entre os estados com pequena participação no estoque total da dívida mobiliária, mas cuja parcela dos títulos representava parte expressiva no estoque de sua dívida. Assim, a dívida estadual cresceu sem a contrapartida da captação de novos recursos, apenas em função das taxas de juros exorbitantes impostas pela política monetária.

Somente com o programa de refinanciamento, a partir do qual a União se tornou o único credor e houve a fixação das taxas de juros, os estados deixaram de ser reféns da política monetária. O comportamento do estoque da dívida ganhou previsibilidade deixando de flutuar ao sabor das mudanças na taxa de juros.

As metas fixadas pelo programa de refinanciamento impuseram um enorme esforço fiscal aos estados. Para manter a relação dívida/receita líquida real anual numa trajetória

decrecente, os governos estaduais tinham que pagar juros e amortização de parte das dívidas. A tarefa tornava-se ainda mais complicada pela dificuldade de conseguir novos empréstimos e pelo fraco comportamento da arrecadação⁶⁵.

Nesse contexto, não houve alternativa, senão cortes rigorosos nos gastos de custeio e investimento. Para promover esse ajuste, impôs-se a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), voltada para assegurar o “equilíbrio das contas públicas”. Dentre os dispositivos de maior impacto para a gestão subnacional, destaca-se o limite de comprometimento da receita corrente líquida com o pagamento de pessoal, fixado em 60% para estados e municípios.

Para fugirem a essa restrição financeira, os governadores buscam saída na revisão dos termos dos acordos de renegociação da dívida e na disputa em torno da distribuição dos recursos tributários. Não é por outro motivo a intensificação, nos últimos anos, das reivindicações dos governos estaduais para o acesso ao bolo das receitas das contribuições sociais, sobretudo diante do impacto do baixo crescimento da economia nas receitas tributárias.

Diante das limitações financeiras e das pressões para o ajuste fiscal, os estados “perdem capacidade de atuação e se tornam prisioneiros de uma política de cortes contínuos de gastos” (LOPREATO, 2000, p. 155). É nesse contexto que os governos estaduais são “convidados” a uma participação mais intensa na gestão da política de saúde por meio da estratégia de descentralização. Portanto, os resultados dessa estratégia devem ser vistos à luz dessas limitações enfrentadas pelas finanças estaduais, que comprometem a capacidade de aplicação de recursos próprios no custeio das ações e serviços de saúde.

Como veremos no capítulo 3, a participação da esfera estadual no custeio do SUS praticamente não se alterou nos anos 1990, o que provavelmente está associada às limitações financeiras aqui descritas. A partir da emenda constitucional 29/2000, houve crescimento dessa participação, no entanto, ao analisar a situação dos estados com relação

⁶⁵ Os estados viram sua capacidade de arrecadação declinar com a expansão da guerra fiscal e a aprovação da lei Kandir, sem falar nos impactos do baixo crescimento resultante da estratégia macroeconômica. Por outro lado, não poderiam emitir novas dívidas mobiliárias até o valor da relação dívida/receita líquida atingir 1.

ao cumprimento da emenda, vimos que ainda é um desafio cumprir o percentual mínimo de gasto em relação à receita.

Diante desta constatação, não podemos desprezar a influência das limitações das finanças estaduais, aqui analisadas, sobre o desempenho do gasto estadual com ASPs. Se por um lado, a pressão para o ajuste fiscal desestimula maiores gastos no custeio do SUS, por outro, os próprios investimentos na saúde implicam em maiores gastos com pessoal, que contrariam as determinações da LRF.

2.6 Possibilidades e limites ao aumento do gasto federal na saúde no contexto macroeconômico recente

Na seção anterior, discutimos os obstáculos ao incremento do gasto das esferas subnacionais, considerando sobretudo os limites derivados do atual arranjo do federalismo fiscal e do imperativo ajuste de contas dos estados. Trata-se, em última instância, de restrições que ameaçam o resultado da estratégia de descentralização pelo constrangimento que impõem à capacidade de aplicação de recursos próprios pelas esferas subnacionais. Diante dessas restrições e da reconhecida necessidade de maiores recursos para a saúde pública, resta analisarmos a capacidade de gasto da União no financiamento do setor, bem como os empecilhos derivados do cenário político-econômico para ampliação do aporte realizado por esta esfera.

Essa linha de investigação nos conduz ao interessante estudo de Cardoso Jr. e Castro (2006), que mostra como os constrangimentos oriundos da política econômica afetaram o desempenho do gasto social entre 1995-2002. Embora tenha havido aumento da carga tributária federal nesse período, liderado pelo aumento da “carga tributária de vinculação social” (o que potencializa a capacidade de financiamento das políticas sociais), não se observou uma ampliação dos gastos sociais, na mesma magnitude.

A explicação para tal descompasso está na desvinculação dos recursos originalmente associados à área social para uso livre pela União, através dos mecanismos já conhecidos (FSE, FEF e DRU). Isto permitiu que o aumento da arrecadação se destinasse em sua maior parte às despesas financeiras, ao invés da área social, como observaram Cardoso Jr. e

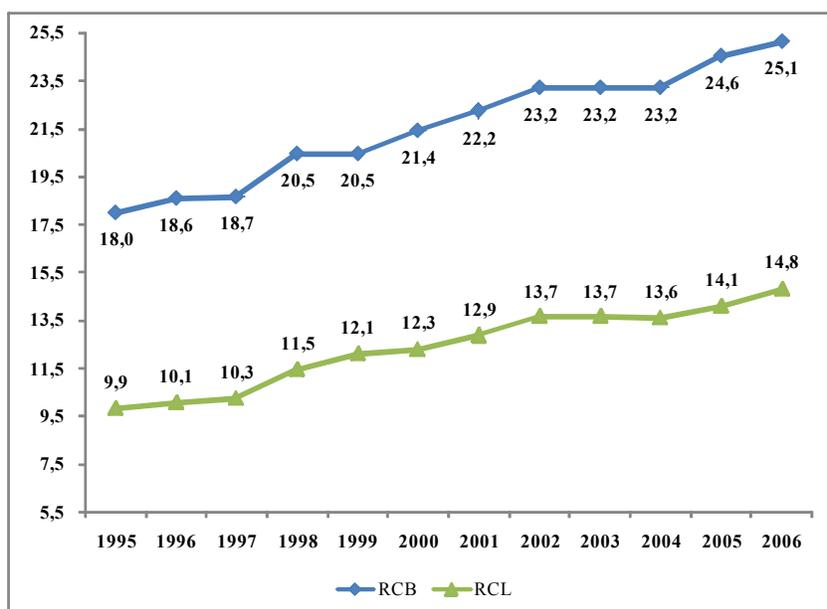
Castro (2006). Diante disto, os autores concluem: “a estratégia macroeconômica do período imputou ao lado social o aumento da arrecadação, mas por outro, constrangeu o potencial de financiamento dos gastos sociais em seu conjunto” (2006, p. 147).

Entretanto, entre 1995-1998, parte dos recursos desvinculados da área social voltaram para o seu financiamento, conforme reconhecem Cardoso Jr. e Castro (2006). Mas a partir de 1999, quando se inaugura a segunda fase do Plano Real, os recursos desvinculados passaram a compor essencialmente o superávit primário do governo federal, destinado ao pagamento dos juros da dívida. Esse reposicionamento está associado à própria redefinição do regime de política macroeconômica quando o ajuste fiscal assumiu posição de destaque no modelo econômico.

Com base nos esclarecimentos trazidos pelo trabalho daqueles autores, tentamos analisar a seguir as limitações da estratégia macroeconômica ao aumento do aporte da União para a área social, estendendo a análise até o ano de 2006. Pelo gráfico 6, logo constatamos a continuidade do desempenho altamente favorável da arrecadação federal entre 1995-2006, seja quando se considera a receita corrente bruta (RCB) ou a receita corrente líquida (RCL⁶⁶).

⁶⁶ A RCL é obtida a partir da dedução das receitas de contribuições previdenciárias, do PIS/Pasep e do montante reservado às transferências legais e constitucionais do total da RCB.

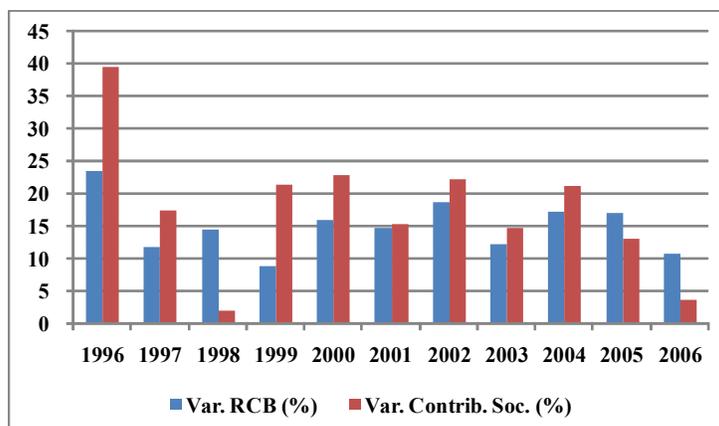
Gráfico 6 – Comportamento da arrecadação federal em % do PIB (1995-2006)



Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional. Elaboração própria.

Como já havia revelado o trabalho de Cardoso Jr. e Castro (2006), as contribuições sociais colaboraram significativamente para a expansão da arrecadação no período considerado, como mostra o gráfico 7 que apresenta a variação anual da RCB e da receita de contribuições sociais. O desempenho das contribuições supera o da arrecadação total em quase todo o período, exceto em três anos (1998, 2005 e 2006), o que denota a grande relevância desta fonte para a ampliação da disponibilidade de recursos na esfera federal.

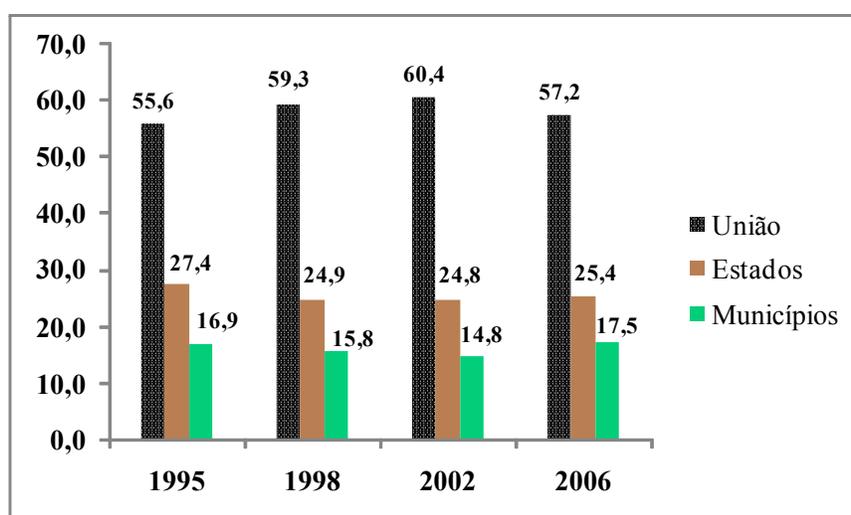
Gráfico 7 – Variação nominal da RCB e das contribuições sociais (1996-2006)



Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional. Elaboração própria.

Apesar do crescimento sustentado da receita federal, não houve tendência a grandes mudanças na divisão do bolo tributário arrecadado pela União. Pelo contrário, esta não só manteve como acentuou a tendência concentradora sobre os recursos fiscais entre 1995-2006 (ver gráfico 8). Para isto contribuiu fortemente a elevada participação das contribuições sociais na formação desse bolo tributário, já que não há obrigação legal de dividi-las com os demais entes federados. Esta constatação corrobora nossa argumentação anterior sobre a estratégia centralizadora da União dentro do modelo de federalismo fiscal.

Gráfico 8 – Participação das três esferas na receita tributária disponível (em % do PIB), 1995, 1998, 2002 e 2006



Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional. Elaboração própria.

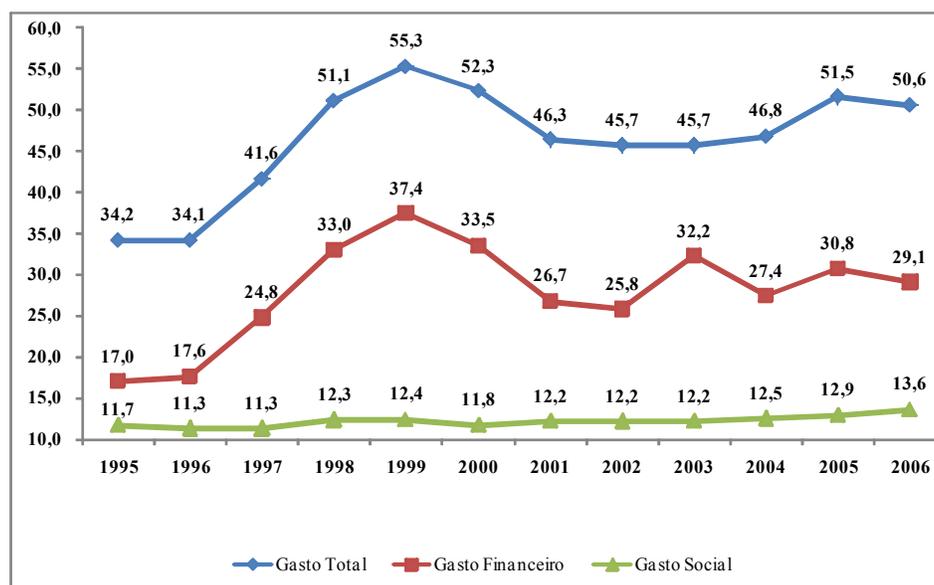
O comportamento das despesas da União completa nossa análise acerca dos limites e possibilidades de alocação de recursos por parte desta esfera na área da saúde. Apesar do crescimento expressivo das receitas como vimos acima e de sua centralização na esfera federal, a alocação desses recursos privilegiou o gasto financeiro⁶⁷ em detrimento do gasto social⁶⁸ (gráfico 9). O custeio das políticas sociais ficou praticamente estagnado entre 1995-2003, somente esboçando uma leve expansão a partir de 2004. Enquanto isso, o gasto financeiro apresentou notável crescimento, principalmente entre 1995-1999. Após 1999, há

⁶⁷ Além do pagamento de juros e encargos da dívida, inclui também amortizações.

⁶⁸ Foram consideradas as despesas nas seguintes funções: Saúde, Previdência, Trabalho, Assistência Social, Educação, Cultura, Direitos da Cidadania, Habitação e Saneamento.

um leve declínio deste gasto que, entretanto, volta a crescer em 2003. Apesar das oscilações a partir deste ano, a participação do gasto financeiro no PIB em 2006 (29%) superou bastante àquela registrada em 1995 (17%). Diante da expressividade dos recursos comprometidos com essa despesa, seu comportamento acaba por determinar a própria tendência do gasto total federal, como também revela o gráfico 9.

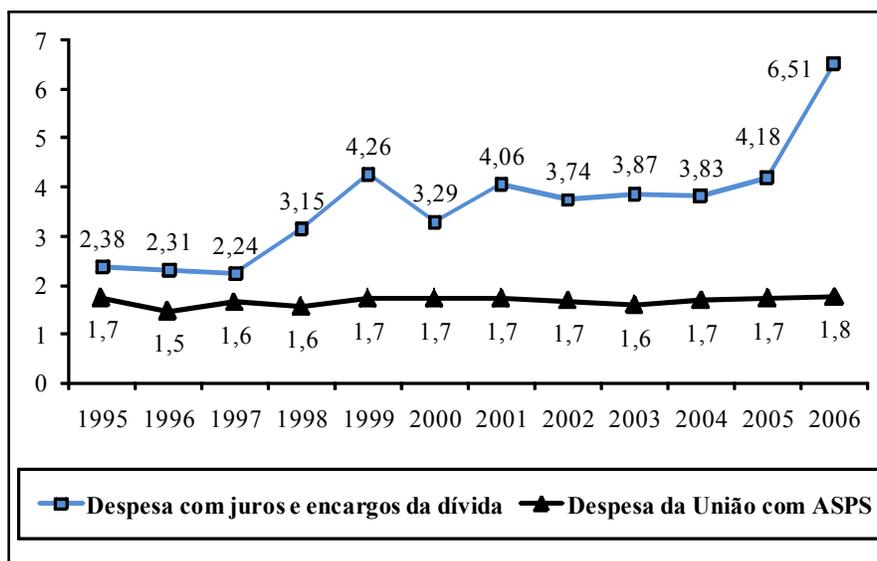
Gráfico 9 – Comportamento do gasto total, financeiro e social da União, 2000-2006 (em % PIB)



Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional. Elaboração própria.

A consequência de tal opção é o desfinanciamento da área social, *vis à vis* o aumento impactante das despesas com juros e encargos da dívida. No caso dos gastos com a saúde pública, o valor aplicado pela União em ASPS como proporção do PIB ficou praticamente estagnado em torno de 1,7% entre 1995-2006. Já o gasto com juros e encargos da dívida expandiu-se fortemente, sobretudo em dois períodos: 1997-1999 e 2005-2006, alcançando neste último ano 6,5% do PIB (gráfico 10).

Gráfico 10 – Despesa federal com juros e com ASPS (% do PIB), 1995-2006



Fonte: Ministério da Saúde e Secretaria do Tesouro Nacional. Elaboração própria.

Esse é o reflexo do atual arranjo de política macroeconômica sobre as possibilidades de financiamento da política social e, particularmente, a de saúde. Aprofundado na segunda fase do Plano Real (1999), o modelo econômico ortodoxo privilegia a “credibilidade”, e em nome dela, a política monetária tem total autonomia para ditar o gasto financeiro, através da fixação da taxa de juros. Por sua vez, a política fiscal assume um caráter subordinado, encarregando-se de realizar o superávit primário necessário para saldar as despesas financeiras e manter a relação dívida/PIB constante⁶⁹.

⁶⁹ Esse novo regime de política macroeconômica onde a política fiscal está subordinada à política econômica passa a figurar a partir de 1999, como reação às turbulências no mercado internacional e a necessidade de assegurar a credibilidade do Brasil junto aos especuladores, ou seja, a resposta à crise aprofundou o alinhamento ao modelo liberal. Assim, no arranjo das três principais políticas macroeconômicas – fiscal, cambial e monetária – prevaleceu a influência do pensamento convencional: liberalização, austeridade fiscal, reduzida participação do Estado e prioridade incondicional à estabilidade de preços. Como resultado, “a política monetária fica atrelada às metas inflacionárias, a fiscal aos superávits e a cambial é comandada pelo próprio mercado” (PAULANI, 2003, p.60).

É importante destacar que o cerne deste regime de política macroeconômica de inspiração liberal está na credibilidade. Em busca dela, o país deve adotar regras claras que sejam cumpridas independentemente da orientação ideológica do partido que esteja no poder. Assim, o “tripé ortodoxo liberal”, composto por: a) câmbio flutuante com mobilidade de capitais; b) regimes de metas de inflação com um Banco Central autônomo; e c) regime de metas para os superávits fiscais primários, é essencial para um governo adquirir credibilidade e acumular boa reputação frente ao mercado financeiro. Portanto, a conquista e manutenção da

É interessante observar que dentro do regime de política macroeconômica arquitetado sob a inspiração do *mainstream*, a economia brutal de recursos em nome do ajuste fiscal não se dirige totalmente para as despesas financeiras (juros e encargos da dívida). Um estudo do Fórum Brasil de Orçamento (FBO, 2005) apontou que a maior parte dos recursos do superávit primário fica simplesmente parado no caixa do governo formando uma espécie de lastro, destinado a convencer os credores que o governo tem capacidade de sanar suas dívidas (ver tabela 8). De todo modo, seja para pagar juros ou formar uma reserva garantidora, o pressuposto é sempre o mesmo: ganho de credibilidade e o acúmulo de boa reputação.

Tabela 8 – Utilização dos recursos do superávit primário federal (Em R\$ milhões)

Ano	Utilização do superávit do governo federal com a dívida			Superávit Primário Federal (*)	Recursos do superávit parados no caixa do governo	
	Juros e encargos	Amortizações	Soma		% do superávit não utilizado com a dívida	
1999	4.748,8	2.496,4	7.245,2	25.053,7	17.808,5	71,1
2000	0,5	8.865,9	8.866,4	21.821,0	12.954,6	59,4
2001	1.378,8	15.454,8	16.833,6	21.979,8	5.146,1	23,4
2002	3.373,5	11.590,2	14.963,7	31.919,0	16.955,3	53,1
2003	331,0	11.018,4	11.349,4	38.744,0	27.394,6	70,7
2004	2.972,0	9.011,4	11.983,4	52.385,2	40.401,8	77,1

Fonte: Fórum Brasil do Orçamento, 2005.

(*) Sem considerar o superávit primário das empresas estatais.

A contrapartida desse regime de política macroeconômica ortodoxa é, obviamente, a diminuição da capacidade do governo intervir na economia mediante políticas macroeconômicas ativas. A preocupação em atrair capitais amarra o governo à obrigação de cumprir metas fiscais e de atender as expectativas de rentabilidade do capital especulativo através da fixação da taxa de juros, independentemente de mudanças conjunturais. Portanto, o “tripé ortodoxo liberal” (câmbio flutuante com mobilidade de

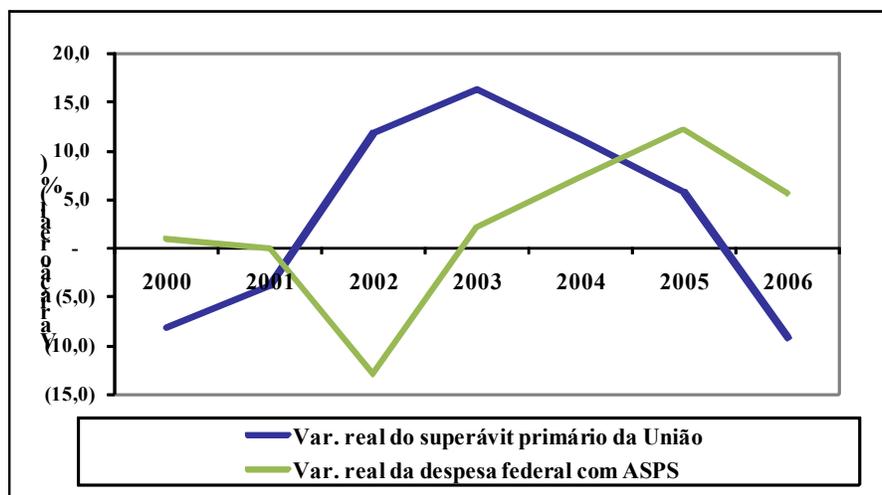
credibilidade como pré-requisito para o crescimento sustentado com estabilidade de preço constitui o âmago do atual modelo econômico liberal, pois como crê o *mainstream*, os mercados, quando livres da interferência do Estado, garantem a melhor alocação dos recursos para o progresso social.

capitais; regimes de metas de inflação com um Banco Central autônomo; e regime de metas para superávits fiscais) implica adquirir credibilidade, por um lado, e perder autonomia, por outro. (SICSÚ, 2003).

A redução da capacidade de ação do Estado se manifesta sobretudo na área social, pela limitação visível ao custeio das políticas sociais. A estratégia de alcançar uma meta de superávit a qualquer custo compromete o maior aporte de recursos para a área social e isto é claramente observado no caso do financiamento do SUS.

O gráfico 11 permite visualizar a incompatibilidade entre forte ajuste fiscal e financiamento sustentado da saúde pública: em períodos de maior esforço fiscal, quando percebemos um empenho acentuado em melhorar o superávit primário da União (2001-2003), houve concomitantemente menores incrementos reais de recursos da União para ASPS, quando não, decréscimo (2002). Alternativamente, quando houve desaceleração do crescimento real do superávit primário (2004-2006), a saúde pública logrou incrementos reais de recursos mais expressivos. No gráfico 11, isto pode ser percebido pelo comportamento contrário das duas linhas: uma que representa a variação real do superávit primário da União e a outra, a variação real da despesa federal com ASPS.

Gráfico 11 – Variação real anual do superávit primário e da despesa com ASPS realizados pela União, 2000-2006



Fonte: Ministério da Saúde e Secretaria do Tesouro Nacional. Elaboração própria.

O constrangimento ao gasto social, e particularmente à saúde, gerado pelas opções no campo macroeconômico está resumido na tabela 9. Desde 1994, as despesas financeiras aumentaram significativamente sua participação no gasto total da União. O ápice foi em 1998, quando representou 63,3%. Em 2003, com a forte elevação na taxa de juros, a participação do gasto financeiro alcançou nível muito próximo àquele: 62,8%. Desde então, oscilou entre 58% e 60%, patamares ainda muito acima do registrado em 1994.

Tabela 9 – Comparação entre a despesa financeira, o gasto social e com saúde realizados pelo governo federal, 1994, 1998, 2002-2006

Indicadores	em %						
	1994	1998	2002	2003	2004	2005	2006
Despesa financeira/despesa total	50,5	63,3	56,4	62,8	58,6	59,7	57,5
Gasto Social Federal/despesa total	30,0	22,9	26,6	23,8	26,7	25,1	26,9
Gasto do Min. Saúde/ GSF	17,8	15,5	15,8	14,6	15,0	14,7	14,0
Gasto do Min. Saúde/ GFT	5,3	3,5	4,2	3,5	4,0	3,7	3,8
Gasto do Min. Saúde/ Despesa Financeira	10,6	5,6	7,4	5,5	6,9	6,2	6,6

Fonte: IPEA/DISOC para dados de 1994 e 1998. STN/SIAFI para dados de 2002-2006.

Elaboração própria.

A consequência da elevação do gasto financeiro foi a redução da participação do gasto de cunho social na despesa total. A menor participação foi registrada em 1998, quando o gasto social federal representou somente 22,9% da despesa total. Apesar da recuperação em 2002, o percentual aplicado ainda ficou aquém do verificado em 1994. No governo Lula, houve no primeiro ano uma redução muito forte: o gasto social caiu para 23,8% do gasto total. Nos anos subseqüentes, houve uma recuperação, mas o percentual oscilou em torno de 25,1% e 26,9%, nível ainda abaixo de 1994, vale mencionar.

O reflexo da política econômica ortodoxa sobre o gasto em saúde é ainda mais perverso. Seja em relação ao gasto total, social ou financeiro, observa-se uma sensível diminuição da participação do gasto federal em saúde. Vale destacar que se esta diminuição começou nos anos FHC, deu-se prosseguimento a ela nos quatro primeiros anos do governo Lula.

Em relação à participação do gasto em saúde no gasto total, o percentual encontrado em 2006 (3,8%), é menor que 2002 (4,2%) e 1994 (5,3%). Houve piora também nas participações do gasto em saúde no gasto social e gasto financeiro. No primeiro caso, em 2006 registrou-se 14%, quando em 2002, 15,8% e 1994: 17,8%. Em relação à despesa

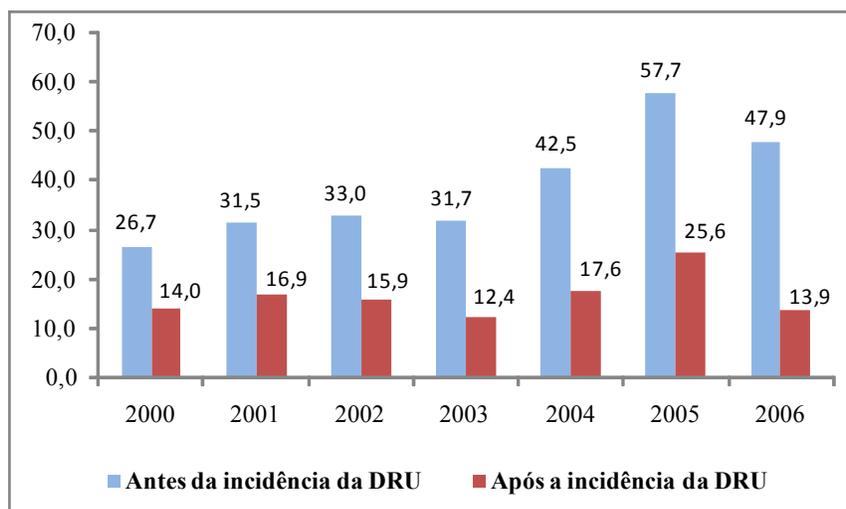
financeira, o gasto em saúde também piorou: a participação de 6,6% em 2006 está bem abaixo da alcançada em 2002 (7,4%) e em 1994 (10,6%).

A análise dos números do Orçamento da Seguridade Social (OSS) corrobora nossa argumentação de que as dificuldades de financiamento da saúde decorrem da incompatibilidade do maior aporte de recursos com o atual regime macroeconômico, e não da impossibilidade de financiar um sistema de proteção excessivamente generoso como afirmam os conservadores. Pelo gráfico 11, percebemos que o OSS – matriz original do custeio da saúde, previdência e assistência social – é amplamente superavitário, mesmo com a incidência da DRU.

Se não há déficit, pelo contrário, há superávit no interior do orçamento da seguridade, fica claro que as dificuldades de custeio do SUS, bem como de outras áreas da seguridade, decorrem do descumprimento do mesmo, que por sua vez está afinado com os objetivos de ajuste fiscal da política econômica ortodoxa⁷⁰.

⁷⁰ A análise dos resultados do OSS é importante para desmistificar a falácia do déficit da Previdência. Pelos números do OSS, o propalado déficit da Previdência não existiria se não houvesse o mecanismo de desvinculação de receitas. Caso fosse observado o conceito de Seguridade Social escrito na Constituição e não houvesse o desvio de seus recursos para outras finalidades, a Seguridade apresentaria mega-superávits ao longo dos anos. Na realidade, quando se fala em déficit da previdência, trata-se de um resultado encontrado da mera contraposição entre contribuições (dos empregadores e empregados) e benefícios. Através deste método, encontra-se de fato um resultado negativo. Contudo, não é um modo fidedigno de apurar o resultado da previdência, pois há benefícios de caráter assistencial que independem da capacidade contributiva prévia, uma vez que se adotou a noção de seguridade, e não a de seguro social. No entanto, para garantir a solvência financeira desta, foram instituídas fontes contributivas e fiscais no seu financiamento. Portanto, “o propalado déficit da Previdência não se constituiria em grave problema nacional, caso os recursos do OSS fossem utilizados de acordo com suas finalidades constitucionais” (ROCHA, 2001 apud VIANNA, 2005). No entanto, é interessante observar, como bem lembrou Mendes (2005), que a falácia do déficit da previdência foi e continua sendo funcional à aceitação de reformas na Previdência.

Gráfico 11 – Evolução do Superávit do OSS antes e após a DRU, 2000-2006, em R\$ bilhões correntes



Fonte: ANFIP.

O estudo realizado pela Anfip (2007) revela que o desvio de recursos da seguridade se dá também por outros mecanismos além da DRU. É freqüente o uso dos recursos em outros órgãos, principalmente aqueles arrecadados através da Cofins, e a retenção de parte dos recursos desvinculados nos cofres do Tesouro Nacional. Em 2006, 24 bilhões foram utilizados em outros órgãos e 52 bilhões retidos ou desviado via DRU (ver tabela 10).

Tabela 10 – Utilização das Contribuições Sociais, 2005 e 2006

R\$ milhões - valores correntes

Ano	Fonte	Arrecadação realizada	Despesas realizadas				Utilizadas em outros órgãos	Retido ou desviado via DRU	
			MDS	MPS	MS	Total			
2005	CSLL	25.048,5	140,1	1.461,1	15.952,1	17.553,3	-	7.495,2	29,9%
	Cofins	86.855,4	9.768,0	29.827,0	7.708,7	47.303,7	20676,7	39.551,7	45,5%
	Contrib. Previd.	108.434,0	-	107.701,7	-	107.701,7	-	732,3	0,7%
	CPMF	22.895,7	-	5.928,9	11.724,3	17.653,2	-	5.242,5	22,9%
	FCEP	6.105,5	4.841,8	-	104,0	4.945,8	-	1.159,7	19,0%
	Total	249.339,1	14.749,8	144.918,8	35.489,1	195.157,7	20676,7	54.181,4	21,7%
2006	CSLL	26.547,2	1.537,5	962,4	17.786,4	20.286,3	768,2	6.260,9	23,6%
	Cofins	90.105,1	12.187,0	31.543,1	5.990,9	49.721,0	23403,5	40.384,0	44,8%
	Contrib. Previd.	123.520,2	-	123.431,4	-	123.431,4	-	88,8	0,1%
	CPMF	25.212,0	-	6.756,1	13.554,2	20.310,3	-	4.901,8	19,4%
	FCEP	6.723,2	6.370,4	-	-	6.370,4	-	352,8	5,2%
	Total	272.107,8	20.095,0	162.693,0	37.331,5	220.119,5	24171,7	51.988,4	19,1%

Fonte: Anfip (2007).

Notas: (1) Os recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (FCEP) integram a CPMF na razão de 8/38.

(2) Não incide DRU sobre os recursos do FCEP e das contribuições previdenciárias.

Conclusões sobre o capítulo

A despeito dos constituintes terem definido um arranjo específico para o financiamento da seguridade social (o OSS), no qual se inclui o financiamento da saúde, na prática, este dispositivo legal nunca foi cumprido. O descumprimento das normas constitucionais de financiamento da seguridade social implicou uma trajetória conturbada de custeio da saúde pública ao longo dos anos 1990.

O descumprimento do OSS deve-se em boa parte à desvinculação de seus recursos, originalmente restritos ao financiamento da área social. Desde 1994, FSE, FEF e DRU, cada um a seu tempo, operou a desvinculação de receitas garantindo a implementação da política econômica ortodoxa. Através desses mecanismos promove-se a realização de elevados superávits primários destinados ao pagamento dos juros da dívida ou a formação de um fundo de reserva. Em ambos os casos, se espera conquistar e manter a credibilidade junto ao mercado, essencial para a estabilidade macroeconômica no atual modelo econômico ortodoxo. Como mostramos aqui, trata-se de uma estratégia absolutamente incompatível com o aumento de recursos para o financiamento adequado do SUS: quanto maior o esforço de realização do superávit, pior o desempenho do gasto federal em saúde.

Em última instância, é essa incompatibilidade com o modelo econômico que limitou o sucesso das diversas alternativas que buscaram maior estabilidade no financiamento do SUS. A CPMF acabou substituindo outras fontes, sem alterar o volume de recursos para a saúde. Por sua vez, a EC 29/2000 também não logrou resultados animadores quanto ao aporte federal: o descumprimento foi uma realidade em alguns anos, diminuindo o aporte realizado pela União. Vale salientar que tal descumprimento ocorre mesmo com um critério mais brando para a determinação do gasto mínimo federal (a correção do gasto anterior pela variação nominal do PIB, em detrimento da vinculação de receitas).

A EC 29 também mostrou limites ao maior envolvimento dos estados no financiamento do SUS. Desde sua promulgação, a maioria dos estados descumpre a emenda. Neste caso, as razões para o alcance limitado da emenda devem considerar as adversidades das finanças estaduais colocadas pela forte centralização das receitas na União e sobretudo pela imposição de ajuste de contas, cuja maior expressão é a LRF.

Já os municípios apresentam uma situação relativamente melhor em relação ao cumprimento da emenda, mas isto deve ser relativizado, pois como efeito do avanço da municipalização nos anos 1990, muitos já aplicavam o percentual mínimo estabelecido pela emenda ou valor muito próximo a ele.

Diante das reconhecidas limitações da EC 29, criou-se forte expectativa de aumento do gasto público em saúde através da sua regulamentação. Parte dela se confirmou com a aprovação, em primeiro turno na Câmara, de um projeto que esclarece o conceito de ASPS. Assim, houve o esforço de resolver um ponto obscuro da emenda que dificulta o acompanhamento do gasto realizado pelas esferas subnacionais.

No entanto, a revisão do critério de aplicação mínima da União frustrou aqueles que esperavam um aporte federal mais condizente com o comportamento da sua arrecadação. Manteve-se a correção do gasto pela variação nominal do PIB – o pior critério nas simulações realizadas aqui. Caso se estabelecesse uma vinculação à base de receitas (RCB ou RCL), como previam os projetos iniciais de regulamentação, ou à arrecadação de contribuições sociais, mantendo a matriz original de custeio da seguridade social, o SUS contaria com volume de recursos muito mais significativo.

A manutenção do critério de vinculação ao PIB representou importante vitória da área econômica do governo que, durante as discussões sobre a regulamentação da emenda, se articulou para impedir a vinculação do gasto federal a qualquer base de receitas. Isto certamente reduziria o raio de manobra dos condutores da política econômica na realização do superávit primário, peça central no atual modelo econômico ortodoxo. Mais uma vez, a estratégia macroeconômica permanece obstaculizando os avanços no campo do financiamento do SUS.

Mas essa questão do critério de definição do gasto mínimo federal está longe de ser resolvida. Isto porque a moeda de troca para aceitação da permanência do critério de variação nominal do PIB era um incremento provisório de recursos através do maior repasse de recursos da CPMF. Com a derrota imposta ao governo pela não prorrogação desta contribuição, certamente a manutenção desse critério deverá ser renegociada. Portanto, a regulamentação da emenda ainda será objeto de muitas discussões.

O fim da CPMF coloca, no entanto, dificuldades além da ameaça do incremento de recursos que estava previsto (cerca de R\$ 4 bilhões já em 2008). O próprio cumprimento do gasto mínimo determinado pelo atual critério da emenda 29 corre sério risco. Isto porque essa fonte era responsável por cerca de 30% do financiamento do Ministério da Saúde, a segunda mais importante na composição de fontes da pasta.

Mesmo com o anúncio de algumas medidas para amenizar a perda desses recursos – aumento das alíquotas do IOF e CSLL – para complementar o ajuste de contas, o governo espera cortar R\$ 20 bilhões no Orçamento Geral da União em 2008. Nesse ajuste, o ministro da Fazenda Guido Mantega já descartou a possibilidade de redução da meta de superávit primário (3,75% do PIB), ou seja, o governo manterá o mesmo esforço para pagar os juros da dívida.

É diante dessas circunstâncias que questionamos até a capacidade da saúde assegurar os recursos federais constitucionalmente garantidos pela emenda 29. Se mesmo contando com os recursos da CPMF esse dispositivo foi descumprido em alguns anos, é possível que sua ausência comprometa mais do que as metas de investimento do PAC da saúde, atingindo até mesmo programas essenciais do ministério.

CAPÍTULO 3 – COMPORTAMENTO DO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE: ENTRAVES À CONSOLIDAÇÃO DO SUS

A reforma da política de saúde envolve transformações institucionais, políticas, econômicas, estruturais, enfim, em diversos campos. Portanto, qualquer julgamento sobre os resultados deste processo deve levar em conta os avanços e obstáculos em todas essas dimensões. No capítulo 1, analisamos os avanços institucionais e políticos da Reforma Sanitária. Por sua vez, o capítulo anterior mostrou as dificuldades no campo do financiamento e sua relação com a política econômica. No presente capítulo, pretendemos analisar, através do comportamento do gasto público em saúde, os desafios à consolidação do SUS.

Mais especificamente, pretendemos mostrar como atua o SUS; esse sistema incompleto que marca o período pós-desenvolvimentista. Assim, a perspectiva é identificar, nas características do gasto, elementos que apontem as limitações para a concretização da Reforma Sanitária. Nesse sentido, discutiremos a contrapartida da ausência de fontes estáveis para o custeio do setor; os limites da estratégia de descentralização e os reflexos da herança privatista que, dentre outras manifestações, se apresenta no gasto realizado na atenção de média/alta complexidade e no desestímulo a ampliação e manutenção da rede pública de serviços.

Com esse objetivo, o presente capítulo divide-se em quatro seções. A primeira compara o gasto do sistema de saúde brasileiro ao gasto realizado por sistemas de outros países. Na segunda seção, discutiremos o comportamento e a composição do gasto federal. Em seguida, na terceira seção, analisaremos o gasto financiado com recursos próprios das esferas subnacionais comparativamente ao aporte federal, identificando as transformações no arranjo federativo do gasto público em saúde como efeito da descentralização do sistema. Por fim, a quarta e última seção discute, através dos reflexos sobre o gasto federal, a atuação do setor privado dentro do SUS.

3.1 Sistemas de saúde em perspectiva comparada

A análise comparada do gasto em saúde de alguns países ajuda a desmistificar a falácia dos argumentos conservadores sobre a pouca relevância da discussão sobre o gasto e o financiamento no debate sobre a política de saúde no Brasil. Com frequência, esses argumentos ressaltam a suficiência de recursos, resumindo o problema da saúde pública à gestão, à eficiência e à alocação dos recursos já disponíveis.

Não obstante a presença de problemas de gestão no SUS, não se sustenta a afirmação de que já se gasta muito no sistema público de saúde brasileiro, como mostra a tabela 11. Considerando a divisão entre público e privado, a participação do setor público brasileiro no gasto total em saúde está muito abaixo daquela encontrada nos países desenvolvidos da Europa e no Canadá, sendo superada inclusive por Argentina, Costa Rica. Em relação ao gasto per capita em saúde, a comparação internacional também denota o dispêndio relativamente baixo do sistema brasileiro, com diferença mais acentuada em relação aos países desenvolvidos, mas também presente na comparação com outros países em desenvolvimento.

Tabela 11 – Gasto em saúde de países selecionados (2004)

Países selecionados	Gasto em saúde (% do PIB)		Gasto per capita em saúde (US\$) ¹
	Público	Privado	
Noruega	8,6	1,7	3.809
Suécia	8,0	1,4	2.704
Canadá	6,9	3,0	2.989
EUA	6,8	8,4	5.711
França	7,7	2,4	2.902
Reino Unido	6,9	1,1	2.389
Itália	6,3	2,1	2.266
Portugal	6,7	2,9	1.791
Espanha	5,5	2,2	1.853
Argentina	4,3	4,6	1.067
Chile	3,0	3,1	707
Costa Rica	5,8	1,5	616
México	2,9	3,3	582
Brasil	3,4	4,2	597

Fonte: Human Development Report (2006).

1. Em dólares internacionais, ou seja, valores padronizados segundo a paridade de poder de compra (PPP). Essa medida minimiza as consequências das diferenças de preços entre países.

A análise dos números do sistema brasileiro revela de imediato uma contradição em relação ao modelo de universalização adotado: o dispêndio privado é superior ao público. Enquanto o primeiro é da ordem de 4,2% do PIB, o segundo alcança somente 3,4%. Para ter uma idéia do fraco esforço do setor público no caso brasileiro, basta compararmos com a participação do gasto público em outros sistemas. Nos países selecionados, o nível mais baixo dentre os países desenvolvidos é de 5,5% (Espanha) e o mais alto é 8,6% (Noruega). Considerando os sistemas guiados por uma perspectiva universalizante, o gasto público do sistema nacional de saúde canadense e inglês representa 6,9% do PIB e o português, 6,7%, níveis muitos distantes do encontrado no sistema brasileiro.

É interessante notar que os países com gasto per capita em saúde mais alto são também os que apresentam uma participação mais expressiva do gasto público, com exceção dos Estados Unidos. Esta é uma referência importante para analisar a incompletude da Reforma Sanitária brasileira. Enquanto no Brasil o gasto per capita em saúde é de US\$ 597, os países com sistemas universais gastam entre US\$ 1.791 (Portugal) e US\$ 2.989 (Canadá). O gasto brasileiro é inferior ainda ao realizado na Argentina (US\$ 1.067), no Chile (US\$ 707) e na Costa Rica (US\$ 616).

Essa breve comparação internacional do gasto em saúde revela, portanto, o quanto o SUS está distante dos Sistemas Nacionais que inspirou sua criação. A superioridade do gasto privado e a reduzida participação do setor público no gasto total em saúde são, assim, elementos importantes na nossa caracterização do SUS. Nas próximas seções, discutiremos o comportamento do gasto público em saúde, o que ajudará a compreender as origens dessa desvantagem do sistema brasileiro na comparação internacional.

3.2 Comportamento do gasto da União em saúde: instabilidade no custeio do SUS

Considerando o período 1995-2006, houve visível instabilidade do gasto em saúde executado pela União. Tanto em relação ao gasto total, quanto ao volume efetivamente

destinado ao custeio de ações e serviços públicos de saúde (ASPS)⁷¹, percebemos uma trajetória errática, na qual anos de crescimento se alternam com anos de retração do montante executado (ver tabela 12). Esta trajetória somente foi interrompida em 2004 quando, pela primeira vez desde 1996, a variação do gasto foi positiva por três anos consecutivos.

Ao observar a trajetória do gasto total do MS (tabela 12), verificamos uma sensível redução em 1996 com recuperação imediata no ano seguinte, 1997, quando a saúde recebe os recursos da recém-criada CPMF. Com isto, o novo patamar em 1997 superou os valores aplicados desde 1995. Porém, no período seguinte, de 1998 a 2000, houve sucessivas retrações no gasto. Ocorre nova recuperação em 2001, contudo essa não chega a alcançar o valor executado em 1997, o maior de toda a série (R\$ 44.881 bilhões) devido à elevada amortização da dívida neste ano. Em 2002 e 2003 aconteceram novas reduções, que somente são interrompidas a partir de 2004, quando inicia-se uma recuperação no gasto executado pelo MS.

⁷¹ O gasto total, ao contrário da despesa com ASPS, considera o gasto com inativos e pensionistas (os encargos previdenciários da União-EPU), o pagamento de encargos e serviços da dívida, bem como os gastos do MS financiados com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.

Tabela 15 – Comportamento do gasto com saúde executado pela União (1995-2006)

em R\$ milhões (valores reais. Deflator: IGP-DI, base: 2006)

DESPESA DA UNIÃO - Ministério da Saúde

ANO	Gasto total (GT)	Varição anual do gasto total (%)	Gasto com Ações e Serviços Púb. de saúde (ASPS)	Varição anual do gasto com ASPS (%)	ASPS/GT (%)
1995	42.740	-	35.071	-	82,1
1996	37.028	-13,4	31.955	-8,9	86,3
1997	44.881	21,2	36.908	15,5	82,2
1998	44.395	-1,1	35.024	-5,1	78,9
1999	41.973	-5,5	37.877	8,1	90,2
2000	41.176	-1,9	36.917	-2,5	89,7
2001	42.959	4,3	36.940	0,1	86,0
2002	40.972	-4,6	35.822	-3,0	87,4
2003	35.645	-13,0	32.054	-10,5	89,9
2004	39.386	10,5	35.252	10,0	89,5
2005	41.498	5,4	37.787	7,2	91,1
2006	44.315	6,8	40.751	7,8	92,0

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/SIOPS e Subsecretaria de Planejamento e Orçamento.
Elaboração própria.

O mesmo comportamento de instabilidade é observado quando analisamos o valor efetivamente gasto em ASPS. As maiores reduções são observadas em 1996 e 2003, sendo que em 1996 registrou-se o menor valor aplicado em todo período. Em 1997, houve uma recuperação importante, mas logo foi seguida por nova queda em 1998. Vale notar que a retração observada em 1998 é mais forte do que a registrada para o gasto total, o que está relacionado à expressividade dos pagamentos da dívida e dos encargos previdenciários da União (EPU) também nesse ano. Após nova recuperação em 1999, segue-se entre 2000-2003, estagnação e queda no gasto com ASPS. Somente a partir de 2004 tem início uma trajetória de recuperação do gasto.

Apesar da recuperação a partir de 2004, somente em 2006 o gasto federal em ASPS (R\$ 40,75 bilhões) supera o valor executado em 1999 (R\$ 37,88 bilhões), até então o maior de todo o período. Mesmo com o movimento de recuperação do gasto federal a partir de 2004, o gasto médio no primeiro Governo Lula ficou aquém da média registrada no último Governo FHC. No período 2003-2006, o valor médio destinado às ASPS foi de R\$ 36,461

bilhões, enquanto no período 1999-2002, a média foi de R\$ 36,889. A diferença (R\$ 428 milhões) daria para aumentar em 150% os recursos destinados ao Programa Farmácia Básica em 2006 ou ampliar em 110% a verba destinada pelo MS ao reaparelhamento das unidades do SUS no mesmo ano. Alternativamente, seria possível aumentar em cinco vezes a destinação de recursos para a atenção à saúde bucal, já que esse programa recebeu R\$ 84,6 milhões em 2006.

Ademais, a recuperação iniciada em 2004 deve ser vista com cautela diante de sua inexpressividade quando analisada em relação ao PIB e à receita corrente bruta (RCB). A comparação com o comportamento dessas variáveis é interessante, pois dá uma dimensão do tamanho dos desafios no custeio da política de saúde. Ao analisar a tabela 16, confirmamos o fraco empenho da União no custeio da saúde pública por doze anos. Entre 1995-2006, a despesa federal com ASPS ficou praticamente estagnada em relação ao PIB (1,7%) e decresceu quando analisada em proporção da RCB (de 9,6% em 1995 para 7% em 2006).

Tabela 16 – Comportamento da despesa com saúde da União em relação ao PIB e à RCB (1995-2006)

DESPESA DA UNIÃO - Ministério da Saúde				
ANO	Despesa total (em % PIB)	Despesa com ASPS (em % PIB)	Receita Corrente Bruta (em % do PIB)	Despesa com ASPS (em % da receita corrente bruta)
1995	2,12	1,74	18,0	9,6
1996	1,70	1,47	18,6	7,9
1997	2,00	1,65	18,7	8,8
1998	1,97	1,56	20,5	7,6
1999	1,91	1,72	20,5	8,4
2000	1,92	1,73	21,4	8,1
2001	2,01	1,73	22,2	7,8
2002	1,91	1,67	23,2	7,2
2003	1,78	1,60	22,6	7,1
2004	1,88	1,68	23,2	7,3
2005	1,90	1,73	24,6	7,0
2006 (1)	1,91	1,75	25,1	7,0

Fonte: IBGE; Ministério da Saúde/ Secretaria Executiva/ SPO e SIOPS.

(1) Resultado das Contas Nacionais Trimestrais (IBGE).

A comparação do gasto com a RCB é ainda mais reveladora das opções políticas em detrimento do custeio da saúde na era pós-desenvolvimentista. A RCB cresceu ano após ano. Se, em 1995, esta representava 18% do PIB, ao final de 2006, essa participação já era de 25%, revelando o expressivo dinamismo da arrecadação federal, discutido no capítulo anterior. Comparando os primeiros anos do governo Lula com os quatro últimos do período FHC, vemos ainda que a arrecadação acelerou: enquanto a RCB foi de, em média, 21,8% do PIB ao ano no último mandato de FHC, no primeiro governo Lula, a média anual foi de 23,9%. Apesar de ter arrecadado mais, o governo Lula não ampliou a destinação de recursos para saúde, pelo contrário, diminuiu. O gasto médio em saúde no primeiro governo Lula ficou abaixo daquele registrado nos quatro anos anteriores, como demonstramos acima. Se tal comportamento não pode ser justificado pela escassez relativa de recursos, trata-se certamente dos resultados da opção de levar ao extremo a geração de superávits feita pela equipe econômica do atual governo.

O fraco comportamento do gasto em ASPS, que se verifica em todo o período (1995-2003), reflete a ausência de fontes de financiamento estáveis para o custeio do SUS e, mais recentemente, os limitados efeitos da EC 29, fatores que estão intrinsecamente relacionados com a estratégia macroeconômica como argumentamos no capítulo anterior. Contudo, se os percalços do financiamento impediram um aumento substantivo dos recursos para a saúde, por outro lado, houve um rearranjo na composição do orçamento do ministério que favoreceu um maior comprometimento dos recursos com o custeio de ASPS. Enquanto em 1995, 82% do gasto total executado pelo MS foi direcionado efetivamente para ASPS, em 2006, essa participação alcançou 92% (tabela 15).

Sobretudo a partir de 1999, houve uma aproximação maior entre o valor destinado às ASPS e o gasto total do MS, o que denota maior disponibilidade do orçamento para o custeio da saúde pública, em detrimento do dispêndio com serviços da dívida e EPU. Como mostra a tabela 17, a partir de 1998, há um decréscimo dos gastos relativos à dívida e, a partir de 2001, com pagamento de inativos.

Na verdade, houve uma pressão desses dispêndios sobre o orçamento do MS no período anterior motivada por razões específicas, as quais se atenuaram ou desapareceram a partir de 1998. Com relação ao EPU, alguns autores apontam como principal justificativa para tal

pressão, a reação defensiva dos servidores públicos frente às incertezas da Reforma da Previdência (REIS, RIBEIRO e PIOLA, 2001).

Tabela 17 – Composição do gasto total do Ministério da Saúde (1995-2006)

Ano	Gasto com inativos	Amortização da dívida	Emendas	FCEP	ASPS	em %
						Total executado
1995	8,8	9,2	0,0	0,0	82,1	100
1996	10,2	3,5	0,5	0,0	86,3	100
1997	8,2	9,5	1,1	0,0	82,2	100
1998	9,0	12,1	1,3	0,0	78,9	100
1999	9,0	0,8	1,7	0,0	90,2	100
2000	9,7	0,7	1,7	0,0	89,7	100
2001	8,7	0,9	2,4	4,4	86,0	100
2002	8,8	1,3	1,6	2,4	87,4	100
2003	8,7	1,4	1,7	0,0	89,9	100
2004	8,3	1,3	2,1	0,9	89,5	100
2005	7,9	0,8	2,3	0,3	91,1	100
2006	7,4	0,7	1,7	0,0	92,0	100

Fonte: Ministério da Saúde/ Secretaria Executiva/ Subsecretaria de Planejamento e Orçamento

Quanto ao pagamento de encargos e serviços da dívida, sua participação no orçamento do MS foi mais intensa logo após a crise de financiamento da saúde em 1993 e a conseqüente necessidade de obtenção de empréstimos especialmente junto ao FAT. A contratação dessas dívidas comprometeu a disponibilidade orçamentária para administração e execução das ações e serviços de saúde nos anos seguintes, como já mostrou o estudo de Reis, Ribeiro e Piola (2001). Porém, o comprometimento de recursos com os encargos dessas dívidas tendeu a declinar conforme as próprias dívidas foram sendo amortizadas.

A maior disponibilidade orçamentária para o gasto efetivo em ASPS não contribuiu, entretanto, para ampliar os investimentos, que tiveram uma baixa participação no gasto total do MS entre 1995-2005. Ou seja, não houve um engajamento decisivo na ampliação e melhoria da capacidade do sistema. Se considerarmos a necessidade de expansão do acesso e de melhorias do ponto de vista da equidade, a baixa participação do investimento torna-se ainda mais grave.

Grosso modo, houve comportamento oscilante dos recursos destinados ao investimento em saúde no período 1995-2005, mas podemos observar uma tendência geral de queda se compararmos o início e o final do período (tabela 18)⁷². Em termos do montante absoluto destinado aos investimentos, os períodos mais críticos foram 1996-1999 e 2002-2003. Em 1995, cerca de R\$ 600 milhões dos recursos do MS foram aplicados em investimento, em reais de 2005. Em 1996, há um acentuado declínio desse aporte, atingindo R\$ 200 milhões. Houve leve recuperação em 1997, quando se registrou R\$ 300 milhões em investimentos, valor que se manteve até 1999. Inicia-se uma recuperação em 2000, mas que apenas repõe o valor aplicado em 1995. A partir de então, nova redução e estagnação do percentual destinado que, em 2005, ficou abaixo do registrado em 1995.

Tabela 18 - Gasto total do MS segundo categoria econômica, 1995-2005

Categoria	Em R\$ bilhões de dez/2005										
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Pessoal	6,9	6,0	5,7	5,1	5,0	5,0	4,6	4,8	4,3	4,4	3,7
Outras despesas correntes	22,9	20,1	22,8	16,8	16,0	13,6	12,9	11,5	9,2	7,4	8,3
Investimentos	0,6	0,2	0,3	0,3	0,3	0,6	0,5	0,3	0,3	0,5	0,5
Amortiz., juros e encargos da dívida	3,8	1,3	3,7	1,3	0,3	0,1	0,4	0,5	0,5	0,5	0,3
Inativos e pensionistas	3,7	3,7	3,6	3,9	3,7	3,6	3,3	3,0	2,6	2,8	2,8
Transf Estados e DF	1,1	0,5	0,9	1,3	1,8	3,1	4,7	4,3	5,2	7,7	8,9
Tranf. Municípios	2,2	3,9	5,6	9,5	12,2	12,9	14,4	13,6	12,0	14,0	14,6
Outros	0,6	0,6	0,8	1,4	1,4	1,3	1,2	1,3	1,0	1,2	1,1
Total	41,8	36,2	43,5	39,6	40,8	40,3	41,9	39,4	35,0	38,5	40,2

Fonte: Ribeiro, Piola e Servo (2006).

Como reflexo do fraco comportamento do investimento, essa categoria de despesa sempre representou um percentual muito baixo do gasto total do MS, variando em torno de 0,6% e 1,6% (tabela 19). Em todo o período, os anos que se destacaram com um percentual de participação mais expressivo da despesa com investimento foram 1995 e 2000: 1,4% e 1,6%, ainda assim tal participação não alcança sequer 2% do orçamento.

⁷² Vale ressaltar que esse acompanhamento da despesa com investimento considera os recursos diretamente executados com essa finalidade pelo MS. Ou seja, é possível que no montante transferido aos estados, DF e municípios, parcela dos recursos tenha sido destinada a investimento pelos gestores subnacionais. No entanto, não é possível identificar essa aplicação, por isso consideramos estritamente o que foi executado pela União na rubrica investimento para avaliar o envolvimento desta esfera com a ampliação da rede pública de serviços.

Portanto, vemos assim outro traço característico do SUS: a ausência de esforços para ampliação do parque público de serviços. Trata-se de uma opção muito cara à consolidação da Reforma Sanitária e também decisiva para a preservação da dependência em relação à rede de prestadores privados. Mais adiante, discutiremos como o baixo investimento na ampliação dos serviços próprios encontra correspondência na forte injeção de recursos públicos no setor privado hospitalar, como contrapartida pela prestação de serviços ao SUS.

Tabela 19 - Distribuição do gasto total do MS por categoria econômica, 1995-2005

Categoria	em %										
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Pessoal	16,6	16,6	13,2	12,8	12,3	12,4	10,9	12,1	12,3	11,4	9,2
Outras despesas correntes	54,8	55,5	52,3	42,4	39,3	33,8	30,7	29,3	26,2	19,2	20,7
Investimentos	1,4	0,6	0,8	0,8	0,7	1,6	1,2	0,7	0,8	1,2	1,1
Amortiz., juros e encargos da dívida	9,0	3,6	8,5	3,2	0,8	0,2	0,9	1,3	1,4	1,3	0,8
Inativos e pensionistas	8,8	10,3	8,4	10,0	9,1	9,0	7,9	7,6	7,4	7,3	7,0
Transferências aos Estados e DF	2,6	1,3	2,1	3,3	4,3	7,8	11,2	11,0	14,8	20,0	22,1
Transferências aos Municípios	5,3	10,6	12,9	24,0	30,0	32,0	34,4	34,7	34,3	36,4	36,3
Outros	1,6	1,7	1,8	3,6	3,5	3,2	2,8	3,3	2,8	3,1	2,7
Total	100										

Fonte: Ribeiro, Piola e Servo (2006).

A análise da composição dos gastos do MS traz ainda outros esclarecimentos interessantes sobre o gasto federal. Se por um lado não houve empenho da União em ampliar o aporte de recursos para o SUS, por outro aparece um claro engajamento em aprofundar o repasse dos recursos para as esferas subnacionais, consoante com a estratégia de descentralização.

A partir de 1996, houve significativa expansão das transferências aos municípios, como reflexo da implementação da NOB 01/96 e da criação do Piso da Atenção Básica. As transferências aos estados e DF ganham mais impulso um pouco mais tarde, a partir de 2000. Nesse caso, podemos atribuir a mudança às diretrizes de maior envolvimento da esfera estadual no processo de descentralização que acompanham a NOAS 2001 e 2002. Vimos no capítulo 1 que essas normas trouxeram a estratégia da regionalização cuja configuração propunha maior participação dos estados.

Ao analisar a composição do gasto do MS, outro aspecto a destacar é a sensível redução da despesa com pessoal. Em 1995, essa categoria representava 16,6% da execução orçamentária. Em 2005, esse percentual era de apenas 9,2%. O enxugamento do gasto com pessoal está associado a diversos fatores. Por um lado, devemos lembrar a corrida às

aposentadorias deflagrada pelas incertezas da reforma da previdência. Outro fator que não pode ser descartado é o processo de transformação das relações de trabalho no setor saúde, com aumento significativo da participação de terceirizados, cooperados etc. no quadro de funcionários. Por fim, é válido pensar no avanço do processo de descentralização e a progressiva transferência de responsabilidades pela gestão dos serviços de saúde (e conseqüentemente dos gastos com pessoal) aos estados e municípios.

3.3 A participação das esferas subnacionais no gasto público em saúde

Ao contrário do gasto executado pela União, houve notável aumento do gasto das esferas subnacionais, financiado com recursos próprios, o que contribuiu significativamente para a maior participação dos estados e municípios no financiamento setorial⁷³. Esse maior envolvimento ocorre sobretudo a partir de 2000, traduzindo os efeitos da EC 29/2000.

Como mostra a tabela 20, estados e municípios foram ampliando gradativamente o aporte de recursos próprios no custeio da saúde, ao mesmo tempo em que a União foi diminuindo sua participação. Na realidade, esse maior comprometimento das esferas subnacionais não foi simultâneo, já que os municípios ampliaram seus gastos ao longo dos anos 1990, aparentemente de forma contínua, como podemos deduzir do aumento do gasto em proporção do PIB na comparação entre 1990, 1995, 2000-2006. Enquanto isso, o maior envolvimento estadual só ocorre de fato a partir de 2000, pois embora tenha havido um aumento do gasto na comparação entre 1990 e 1995, o gasto em 2000 foi

⁷³ Se para a avaliação do gasto federal em saúde existem informações confiáveis para longos períodos, o mesmo não acontece em relação ao gasto das esferas subnacionais. Para a década de 1990, os números disponíveis relativos ao dispêndio dos estados e municípios resultaram de esforços liderados pelo IPEA. Esses dados são encontrados nos trabalhos de Barros, Piola e Vianna (1996) e Piola e Biasoto Jr. (2001). Vale ressaltar que esses números se baseiam na origem de recursos, portanto, tentam dimensionar o esforço próprio de cada esfera no custeio do SUS. Essa mesma ótica – da origem de recursos – orienta também a coleta de dados através do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), sistema desenvolvido pelo MS e que, desde 1998, é a principal base de informação sobre gasto das esferas subnacionais em saúde. Por esse critério da origem de recursos, as transferências intergovernamentais são consideradas gastos da instância transferidora. Mas uma diferença importante entre os dados do SIOPS e dos estudos anteriores é o conceito de despesa com saúde. Enquanto os dados do SIOPS referem-se ao gasto em ASPS (definido para efeito de acompanhamento da EC 29), os números do IPEA dizem respeito a um conceito mais abrangente de saúde. De todo modo, não há problemas em considerar conjuntamente as duas fontes de informação, pois em última instância, estaremos analisando o esforço de cada esfera no custeio do SUS em diversos momentos, apenas considerando um leque de despesas mais amplo ou mais restrito.

proporcionalmente menor ao de 1995. Assim, somente a partir de 2001, verificamos um aumento sustentado do gasto estadual em relação ao PIB.

Tabela 20 – Despesas com saúde, financiada com recursos próprios, em relação ao PIB - União, Estados e Municípios (1990, 1995, 2000-2006)

Ano	em % do PIB			
	União	Estados	Municípios	E + M
1990	2,32	0,49	0,38	0,87
1995	2,16	0,64	0,59	1,23
2000	1,73	0,54	0,63	1,17
2001	1,73	0,64	0,71	1,35
2002	1,67	0,73	0,81	1,54
2003	1,60	0,72	0,80	1,52
2004	1,68	0,83	0,84	1,67
2005	1,73	0,80	0,94	1,74
2006	1,75	0,85	1,02	1,87

Fonte: Barros, Piola e Vianna (1996), para dados de 1990. Piola e Biasoto Jr. (2001) para dados de 1995 e Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/ SIOPS e SPO, para dados de 2000-2006.

Nota: Somente os dados do SIOPS (2000-2006) referem-se à despesa com ASPS; os demais, apesar de também se referirem à despesa com saúde, foram calculados a partir de parâmetros distinto do conceito de ASPS.

Em 1990, os gastos da União em saúde alcançavam 2,32% do PIB, enquanto estados e municípios, juntos, gastavam 0,87%. Em 2004, as esferas subnacionais já aplicavam o mesmo montante da União, aproximadamente 1,7% do PIB. Dois anos depois, em 2006, o dispêndio dos estados e municípios (1,87%) já superava o aporte federal (1,75%). Mais do que um reordenamento do arranjo federativo no custeio do SUS, esses dados revelam uma substituição de recursos como contrapartida do processo de descentralização. À medida que as esferas subnacionais incrementaram a aplicação de recursos próprios para fazer frente às suas maiores responsabilidades na gestão do sistema, a União foi diminuindo sua participação, ou seja, em última instância, praticamente não ocorreu o ingresso de recursos novos – o gasto das três esferas em 1990 representou 3,19% do PIB, e em 2006: 3,62%.

Apesar da menor série histórica, os dados disponíveis para o gasto *per capita* em ASPS realizado com recursos próprios corroboram as constatações anteriores. Desde 2000, é

nítido o maior comprometimento dos entes subnacionais no financiamento do SUS e a concomitante diminuição/estagnação do aporte de recursos da União (tabela 21).

Os valores deflacionados mostram crescimento real significativo da despesa *per capita* realizada por estados e municípios. O dispêndio *per capita* estadual cresceu 60% entre 2000 e 2006, ao passar de R\$ 67,3 para R\$ 107,9. A expansão da despesa municipal foi igualmente expressiva, de R\$ 78,8 para R\$ 124,4, no mesmo período, o que representa um aumento real de 58%.

Tabela 21 – Despesa *per capita* com ASPS financiada com recursos próprios – União, Estados e Municípios (2000 a 2006)

em R\$ de 2006			
Ano	União	Estados	Municípios
2000	216,9	67,3	78,8
2001	209,0	76,9	86,4
2002	179,7	77,9	87,2
2003	181,1	81,4	90,5
2004	189,2	92,8	94,7
2005	209,3	97,1	113,6
2006	210,2	107,9	124,4

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/SIOPS e SPO.

Deflator utilizado: IGP-DI

Contrariamente ao desempenho do gasto próprio subnacional, valor *per capita* executado pela União apresentou tendência declinante até 2002, quando atingiu R\$ 179,7. A partir de então, houve uma recuperação, mas o valor gasto em 2006 (R\$ 210,2) ficou aquém do observado em 2000 (R\$ 216,9).

A diferença de esforços entre as esferas de governo no custeio das ASPS nos anos 2000 pode ser interpretada como reflexo do distinto tratamento da EC/29 com relação à aplicação mínima de recursos por parte dessas esferas. Pelo visto, a vinculação a uma base de receitas, como feito para estados e municípios, resulta em melhores resultados, não obstante a presença de desafios significativos para o cumprimento total da emenda como discutimos no capítulo anterior. Portanto, ao associar o gasto da União à variação nominal do PIB, em detrimento da arrecadação, condenou-se o gasto federal a um desempenho medíocre, agravado ainda mais pelo descumprimento da emenda em alguns anos. Mas se esse

desempenho foi prejudicial ao custeio do SUS, certamente não podemos dizer o mesmo em relação ao alcance dos objetivos da política fiscal.

Como reflexo do maior esforço de gasto por parte dos estados e municípios *vis à vis* a União, essa esfera foi perdendo participação relativa no custeio da saúde. É importante destacar que essa perda de participação poderia se justificar por um crescimento mais acelerado da aplicação de recursos dos estados e municípios em relação ao aporte da União. No entanto, os dados analisados anteriormente afastam tal hipótese. O que houve foi uma diminuição do esforço de gasto por parte da União diante do maior direcionamento de recursos próprios dos entes subnacionais para o sistema, numa clara estratégia de substituição de recursos.

Assim, a participação da União no gasto total em saúde que era de 75% em 1980 cai para 47,5% em 2006. Já a responsabilidade dos estados e municípios, que naquele ano alcançava 25%, atualmente corresponde a 52,5% (tabela 22). Novamente confirmamos a maior relevância das esferas subnacionais no custeio da política de saúde nos últimos anos, especialmente a partir de 2005, quando elas assumiram posição principal na sustentação financeira do sistema. Vejamos em maiores detalhes como se deu essa transformação.

Tabela 22 – Participação das três esferas no gasto público em saúde, pela ótica da origem dos recursos, 1980-2006

ANO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS	em %
				Estados + Municípios
1980	75,0	17,8	7,2	25,0
1985	71,7	18,9	9,5	28,4
1990	72,7	15,4	11,8	27,2
1995	63,8	18,8	17,4	36,2
2000	59,8	18,5	21,7	40,2
2001	56,1	20,7	23,2	43,9
2002	52,1	22,6	25,3	47,9
2003	51,3	23,1	25,6	48,7
2004	50,2	24,7	25,1	49,8
2005	49,9	23,1	27,0	50,2
2006	47,5	24,4	28,1	52,5

Fonte: Barros, Piola e Vianna (1996), para dados de 1980, 1985 e 1990; Piola, Bisoto Jr. (2001), dados de 1995; Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/SIOPS e SPO, para dados de 2000-2006.

Nota: Somente os dados do SIOPS (2000-2006) se referem à despesa com ASPS; os demais, apesar de também se referirem à despesa com saúde, foram calculados a partir de parâmetros distinto do conceito de ASPS.

O progressivo envolvimento das esferas subnacionais no custeio da política de saúde está associado aos avanços no processo de descentralização da gestão do SUS. Não obstante a presença de alguns esforços descentralizantes anteriores ao novo sistema (a exemplo do SUDS), percebemos que, de fato, o aumento da aplicação de recursos das esferas subnacionais, sobretudo dos municípios, no gasto público em saúde ocorre concomitantemente ao início da implementação do SUS nos anos 1990. Até então, a União centralizava a maior parcela dos gastos na área e as esferas subnacionais tinham pouca expressividade no custeio da saúde.

Como mostra a tabela 22, na década de 1980, a União respondia por 75% do gasto público total em saúde e estados e municípios, 25%. Mesmo com algum esforço descentralizante concretizado nas experiências anteriores ao SUS, não se logrou muito avanço na ampliação da parcela aplicada por estados e municípios. Em 1990, a participação de estados e municípios no gasto público total em saúde era apenas 3% maior em relação a 1980 e a União continuava respondendo pela maior parte do gasto: 72,7%.

Por outro lado, quando começa a implementação do SUS, fica evidente o viés municipalizante da gestão descentralizada. A participação dos municípios quase dobrou em dez anos, passando de 11,8% em 1990 para 21,7% em 2000. A partir de 2000, permanece o crescimento da parcela municipal na despesa com saúde. A aplicação dos municípios, que já vinha aumentando nos anos 1990 como um reflexo do processo de municipalização da saúde, prosseguiu avançando após a EC 29, atingindo aproximadamente 27% do gasto público com ASPs em 2006.

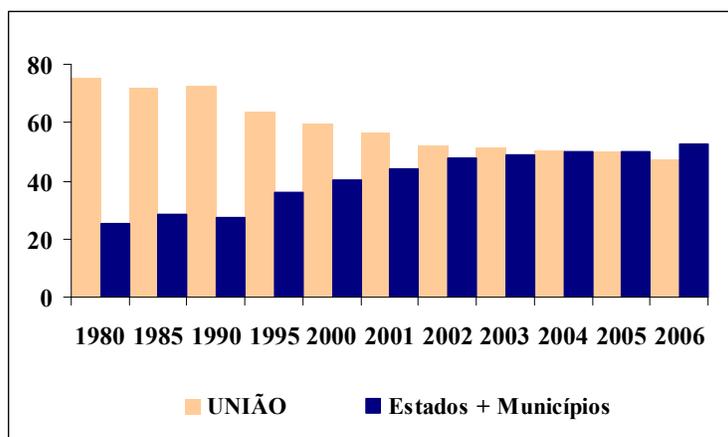
Por sua vez, a participação da esfera estadual mostra um dinamismo bem distinto do apresentado pelos municípios. Ao longo dos anos 1990, a participação relativa da esfera estadual quase não se alterou. Considerando o período mais intenso da descentralização (1995-2000), a participação dos estados no gasto em saúde quase não se modifica: 18,8% e 18,5%, respectivamente.

Isto pode estar associado à ausência de definições acerca do papel dos estados no arranjo descentralizado da política de saúde nos anos 1990, ao contrário do que ocorreu com os

municípios. Somente a partir de 2000, notamos um incremento mais significativo na aplicação de recursos próprios dos estados no gasto com saúde, indicando a relevância da EC 29/2000 para dinamizar a aplicação de recursos próprios por essa esfera. Portanto, podemos dizer que a emenda foi muito mais efetiva para a ampliação do aporte estadual, visto que o gasto próprio municipal já vinha em notável expansão desde os anos 1990 como já demonstraram Mendes (2005) e Faveret (2003).

A redefinição do arranjo de financiamento do sistema, com os estados e municípios assumindo a posição de principais financiadores do sistema pode ser melhor visualizada através do gráfico 12.

Gráfico 12 – Participação das esferas de governo no gasto público em saúde, 1980-2006 (em %)



É sabido que a perda de participação relativa da União no gasto público total em saúde é, de certa forma, coerente com o processo de descentralização do sistema de saúde. Entretanto, era esperado que essa perda de participação fosse um reflexo do incremento mais intenso do gasto próprio realizado pelas esferas subnacionais e não uma substituição de recursos no arranjo federativo do financiamento do setor, derivada da redução do aporte de verbas da União diante do incremento de recursos próprios dos demais entes. Afinal, a CF determina a co-responsabilidade das três esferas no custeio da política de saúde e o momento é de expansão da cobertura, o qual requer um volume maior de recursos para o sistema.

Ademais é importante lembrar a situação financeira relativamente mais favorável desfrutada pela União, como revelou a análise da capacidade das distintas esferas de

governo no financiamento do SUS, realizada no capítulo anterior. Além do notável dinamismo da arrecadação federal, esta foi sobretudo estimulada por contribuições, as quais não são compartilhadas com estados e municípios. Por isso, diante da sua capacidade relativamente melhor para financiar o sistema, é no mínimo estranho que a União reduza a participação dos seus recursos no custeio do sistema.

Porém, como bem lembrou Mendes (2005), além da influência exercida pelo processo de descentralização, a perda de participação da União no custeio da saúde deve ser analisada também à luz da retração dos gastos federais. Como discutimos no capítulo anterior, desde os anos 1990, o ajuste das contas públicas, via corte de gastos e a obtenção de superávits crescentes, ameaça o financiamento das políticas sociais e, conseqüentemente compromete o aporte de recursos federais no custeio do SUS.

Após essa breve comparação entre a dinâmica do gasto subnacional e do federal, e as conseqüências para o arranjo de custeio do SUS, passaremos a analisar mais detalhadamente alguns aspectos do gasto próprio estadual e municipal.

3.3.1 – Comportamento do gasto estadual em ações e serviços públicos de saúde

Como dissemos anteriormente, a despesa estadual com ASPS ganhou notável impulso a partir da promulgação da EC 29/2000, apesar do seu descumprimento ter sido e ainda ser muito freqüente. De todo modo, é claro um maior esforço na aplicação de receitas próprias por parte dos estados.

Tabela 23 – Proporção da receita própria estadual aplicada em saúde (dados informados ao SIOPS), 2002-2006

UF	em %				
	2002	2003	2004	2005	2006
Acre	13,5	13,0	12,5	12,1	13,7
Rondônia	9,5	10,6	11,4	12,1	n.i
Amazonas	25,1	20,9	21,2	21,2	23,5
Roraima	10,1	13,3	11,5	12,8	13,2
Pará	9,9	10,3	12,0	12,6	12,7
Amapá	12,5	15,0	14,1	11,3	12,9
Tocantins	11,5	11,3	12,0	12,1	13,5
Maranhão	5,6	8,0	13,2	12,7	11,2
Piauí	6,1	7,5	11,6	12,6	13,5
Ceará	8,2	8,8	12,7	12,9	14,2
Rio Grande do Norte	13,3	14,6	12,0	12,6	n.i
Paraíba	10,5	10,7	9,6	10,3	n.i
Pernambuco	11,6	11,9	12,0	12,2	13,2
Alagoas	9,4	9,0	12,1	12,5	11,8
Sergipe	8,1	10,1	12,0	12,1	11,1
Bahia	9,4	10,4	12,2	12,2	12,2
Minas Gerais	6,4	10,2	12,2	12,3	n.i
Espírito Santo	12,9	13,0	12,2	12,1	n.i
Rio de Janeiro	6,3	11,0	11,9	11,9	10,4
São Paulo	11,8	12,3	13,7	n.i	n.i
Paraná	6,0	5,9	6,4	8,4	11,6
Rio Grande do Sul	n.i	n.i	n.i	n.i	n.i
Santa Catarina	5,9	8,2	11,3	10,8	n.i
Mato Grosso do Sul	9,2	8,6	12,1	12,6	12,3
Mato Grosso	7,7	9,1	11,3	11,2	11,0
Goiás	8,1	10,2	12,5	12,2	12,9
Distrito Federal	9,8	11,1	13,3	15,5	16,6
Total	9,7	10,9	12,4	12,2	13,4

Fonte: Ministério da Saúde/Siops.

Posição: outubro/2007. Com base na despesa liquidada.

n.i.: não informado.

No agregado nacional, a proporção média de aplicação de recursos próprios pela esfera estadual saltou de 9,7% em 2002 para 13,4% em 2006 (tabela 23), conforme dados declarados ao SIOPS. Entretanto, devemos considerar além dos dados declarados, a análise dos balanços estaduais realizada pela equipe do SIOPS. Ao declarar os dados ao sistema, muitas vezes contabiliza-se gastos indevidos ou subestima-se o volume de receitas próprias sobre o qual deve incidir o percentual mínimo. Por isso, vale analisar também os

percentuais de aplicação encontrados na análise dos balanços⁷⁴ conforme as determinações da Resolução nº 322 do CNS⁷⁵.

Tabela 24 – Diferença entre declaração ao SIOPS e análise de balanço, 2004-2005

UF	Percentuais conforme declarações ao Siops (A)		Percentuais segundo a Análise de Balanço (B)		Diferença entre os percentuais (A-B)	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
AC	12,5	12,1	13,0	12,5	-0,5	-0,4
RO	11,4	12,1	11,2	12,2	0,3	-0,1
AM	21,2	21,2	24,4	21,5	-3,3	-0,3
RR	11,5	12,8	12,4	13,7	-0,9	-0,9
PA	12,0	12,6	11,4	12,0	0,7	0,5
AP	14,1	11,3	15,4	11,3	-1,2	0,0
TO	12,0	12,1	11,9	11,8	0,1	0,3
MA	13,2	12,7	7,2	8,9	6,1	3,8
PI	11,6	12,6	11,8	9,6	-0,2	3,0
CE	12,7	12,9	12,6	9,7	0,1	3,2
RN	12,0	12,6	12,8	13,7	-0,8	-1,1
PB	9,6	10,3	7,4	7,6	2,2	2,7
PE	12,0	12,2	11,9	10,6	0,1	1,7
AL	12,1	12,5	10,5	10,3	1,6	2,1
SE	12,0	12,1	10,9	9,3	1,2	2,9
BA	12,2	12,2	11,9	12,1	0,2	0,0
MG	12,2	12,3	8,7	6,9	3,5	5,5
ES	12,2	12,1	9,8	10,2	2,4	1,9
RJ	11,9	11,9	10,4	8,9	1,5	3,0
SP	13,7	n.i	11,5	11,7	2,2	-
PR	6,4	8,4	8,3	8,9	-2,0	-0,5
RS	n.i	n.i	11,9	10,8	-	-
SC	11,3	10,8	5,4	5,0	5,8	5,8
MS	12,1	12,6	6,2	7,4	6,0	5,2
MT	11,3	11,2	11,0	10,9	0,2	0,3
GO	12,5	12,2	11,1	7,2	1,4	5,0
DF	13,3	15,5	13,9	15,5	-0,7	0,0
Total	12,4	12,2	10,8	10,3	1,7	1,9

Fonte: Ministério da Saúde/SIOPS.

n.i.: não informado.

⁷⁴ Nas notas técnicas nº02-B/2007 e nº 49/2006, o SIOPS divulga o volume e o respectivo percentual de aplicação de receita própria com base na análise de balanço dos estados para os anos de 2004 e 2005.

⁷⁵ A Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde esclarece o conceito de Ações e Serviços Públicos de Saúde para efeito de acompanhamento das despesas que entram no cálculo dos percentuais fixados pela EC 29/2000. Ficam de fora os gastos em saúde com clientela fechada, despesas com inativos, com o programa de merenda escolar, saneamento básico, despesas com juros e amortizações e outras.

Levando em conta a análise de balanço disponível para 2004 e 2005, o percentual médio nacional de aplicação das receitas próprias dos estados foi de 10,8% e 10,3%, respectivamente, e não, 12,4% e 12,2% como encontrado a partir das declarações estaduais feitas ao SIOPS (tabela 24). Portanto, pelas informações declaradas ao SIOPS, encontramos percentuais médios de aplicação dentro do estipulado pela emenda (12%), mas pelos resultados da análise de balanço, o percentual médio nacional fica abaixo.

Analisando os estados separadamente, percebemos que, em 2004, em 12 estados, o percentual de aplicação revelado pela análise de balanço está abaixo daquele encontrado a partir das informações declaradas ao SIOPS. Em 2005, essa constatação ocorre para 14 estados. Percebemos ainda que quatro estados (Maranhão, Minas Gerais, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul) apresentam diferenças bem significativas no percentual aplicado (comparando os dois métodos) nos dois anos analisados.

Ainda de acordo com a análise de balanço, somente oito estados cumpriram a emenda 29 em 2005. Já quando consideramos as informações declaradas, dezoito alcançam o patamar mínimo de aplicação de recursos próprios. Do mesmo modo, em 2004, segundo a análise de balanço, doze estados cumpriram a emenda, enquanto pelas informações declaradas, dezessete cumpriram.

Portanto, se os dados agregados sobre gasto estadual revelam um significativo aumento da aplicação de recursos próprios desse ente em saúde, a breve avaliação do cumprimento da EC 29 mostra que tal aumento poderia ter sido ainda mais expressivo se houvesse maior predisposição em cumprir o percentual mínimo estipulado.

No entanto, é importante tentar identificar possíveis obstáculos ao efetivo cumprimento da Emenda e, conseqüentemente, do aumento do aporte estadual. Sabemos que os estados passaram por um intenso processo de reestruturação financeira, o qual resultou em maior comprometimento de suas receitas com o pagamento de suas dívidas, como mostramos no capítulo anterior. Trata-se, sem dúvida, de um fator limitador importante para o aumento da participação dos estados no total de gastos públicos com saúde.

Considerando a relevância da despesa com investimentos para a consolidação do sistema de saúde, é válido analisar, assim com fizemos para a União, a participação dessa rubrica na despesa estadual⁷⁶ (tabela 25). No período entre 2002-2006, vemos que a despesa com investimento não alcança sequer 10% da despesa total. Ademais, no mesmo período, houve um comportamento declinante do investimento na despesa estadual em saúde, que em 2003, chegou a ser de apenas 3,9% do gasto estadual total em saúde. Vemos assim que a pouca atenção ao aumento da rede pública de serviços do SUS não se restringe à esfera federal. Trata-se de uma opção que certamente influi sobre o grau de dependência do sistema em relação à oferta de serviços privados.

⁷⁶ Vale lembrar que estamos considerando a proporção do investimento sobre a despesa total, ou seja, despesa financiada por recursos próprios e por transferências SUS. Assim, trata-se do montante dos investimentos no âmbito do estado financiado tanto pelo governo estadual quanto pela União.

Tabela 25 – Participação dos investimentos na despesa total com saúde dos estados, 2002-2006

UF	(em %)				
	2002	2003	2004	2005	2006
Rondônia	6,6	4,2	2,7	4,7	n.i
Acre	3,7	2,1	3,7	5,5	5,5
Amazonas	15,6	5,2	5,1	5,2	8,4
Roraima	5,4	5,2	2,1	6,8	2,6
Pará	13,2	8,5	10,2	21,6	23,1
Amapá	9,8	5,4	4,5	4,0	4,4
Tocantins	27,9	13,4	8,9	5,4	2,0
Maranhão	10,3	7,1	9,7	10,7	21,7
Piauí	8,2	2,1	2,2	4,8	7,8
Ceará	6,9	4,0	7,3	7,2	17,9
Rio Grande do Norte	4,7	3,9	3,7	3,6	n.i
Paraíba	38,0	2,9	2,5	18,4	n.i
Pernambuco	12,9	6,9	4,5	4,3	4,9
Alagoas	3,8	4,0	6,7	8,8	6,0
Sergipe	6,6	7,9	4,3	4,1	10,6
Bahia	11,3	4,9	6,4	7,6	6,4
Minas Gerais	5,1	7,7	10,2	9,5	n.i
Espírito Santo	3,4	3,1	3,6	3,3	n.i
Rio de Janeiro	4,1	0,9	4,4	4,4	4,4
São Paulo	5,0	2,2	3,5	n.i	n.i
Paraná	2,6	1,5	1,6	5,4	8,2
Santa Catarina	5,0	4,3	4,3	10,8	n.i
Rio Grande do Sul	n.i	n.i	n.i	n.i	n.i
Mato Grosso do Sul	25,1	6,4	11,6	4,1	3,6
Mato Grosso	11,0	6,2	11,1	6,3	3,0
Goiás	10,5	6,6	5,9	9,1	1,9
Distrito Federal	6,1	1,6	3,2	3,6	2,6
Total	7,9	3,9	5,2	7,2	7,3

Fonte: Ministério da Saúde/Siops.

Posição: outubro/2007, considerando dados da despesa liquidada declarados ao SIOPS.

n.i - não informado.

Analisando o ano de 2005, para o qual há informações para quase todos os estados, constatamos que, dentre os estados com menores participações do investimento, quatro são do Norte-Nordeste (Amapá, Rio Grande do Norte, Pernambuco e Sergipe), regiões com reconhecidas iniquidades na oferta de serviços de saúde, que para ser amenizadas dependem da ampliação da rede através de novos investimentos.

3.3.2 – Despesa municipal no custeio dos serviços públicos de saúde

A partir dos dados do SIOPS, é possível caracterizar melhor a expansão do gasto próprio municipal no custeio das ASPS nos anos 2000. De acordo com os dados da tabela 26, em termos nacionais, a proporção da despesa municipal em saúde custeada com recursos próprios passou de 49,1% em 2000 para 57,4% em 2006, representando um aumento de 17%.

Trata-se, porém, de um desempenho que guarda variações regionais importantes. Os municípios localizados na região Norte, por exemplo, foram os que mais expandiram a parcela da despesa custeada com recursos próprios, que passou de 36,2% em 2000 para 52,4% em 2006, ou seja, um aumento de 16% na participação relativa das despesas custeadas com recursos próprios.

Tabela 26 - Participação da despesa financiada com recursos próprios na despesa municipal total em saúde

Região	2000	2001	2002	2003	2004	2005	em % 2006
Norte	36,2	43,0	45,5	47,6	49,4	52,1	52,4
Nordeste	33,7	39,5	43,5	44,6	43,6	46,3	44,9
Sudeste	57,8	59,3	62,3	61,9	59,9	65,0	65,1
Sul	45,5	48,4	54,0	57,2	56,9	59,5	57,7
Centro-Oeste	41,9	43,0	47,7	47,1	47,2	51,3	51,3
Total	49,1	51,5	55,1	55,7	54,5	58,2	57,4

Fonte: Ministério da Saúde/ Secretaria Executiva/ Siops.

Posição em setembro 2007. Dados de 2006 sujeitos à revisão.

Não obstante o bom desempenho das demais regiões e o desempenho mais fraco dos municípios do Sudeste, estes ainda permanecem como os de maior capacidade de aplicação de recursos próprios. Em 2006, 65% das despesas municipais em saúde da região Sudeste foram custeadas com recursos próprios. Na região Nordeste, onde essa capacidade se mostra relativamente menor, o mesmo percentual foi de quase 45%.

As diferenças na capacidade de aplicação de recursos próprios em saúde entre os municípios das diversas regiões tornam-se ainda mais nítidas quando analisamos a despesa com recursos próprios por habitante (tabela 27). Por este indicador, fica evidente a maior

capacidade de aplicação dos municípios do sul, sudeste e centro-oeste do país *vis à vis* os municípios do Norte e Nordeste. Apesar disto, é visível o maior empenho dos municípios do Norte e Nordeste em ampliar a aplicação de recursos próprios no custeio das ASPS. No período 2000-2006, a despesa *per capita* média com recursos próprios dos municípios do Nordeste cresceu 125% em termos reais e entre os municípios da região Norte, a expansão foi de 111%.

Tabela 27 – Despesa municipal *per capita* em saúde financiada com recursos próprios, por região, 2000-2006

Região	Despesa per capita em R\$ de 2006							Var. 2006/2000 (%)
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Norte	42,9	54,8	55,2	59,2	66,3	75,9	90,7	111,4
Nordeste	37,9	50,4	54,0	58,1	62,5	75,8	85,4	125,3
Sudeste	113,4	119,4	118,0	120,4	125,8	146,9	160,2	41,3
Sul	77,6	87,9	90,2	99,8	105,7	122,2	130,6	68,4
Centro-Oeste	67,7	78,2	82,4	86,6	95,5	112,2	125,4	85,2
Total	79,1	87,9	89,0	93,4	99,1	115,8	127,5	61,1

Fonte: Ministério da Saúde/SIOPS.

Deflator: IGP-DI.

Posição em setembro 2007. Dados de 2006 sujeitos à revisão.

Portanto, vemos que há limites para ampliação da despesa realizada por essas esferas a depender da sua localização e do seu grau de desenvolvimento. A acentuada diferença na capacidade de aplicação de recursos próprios entre os municípios brasileiros reforça a importância do papel do gasto federal na correção das desigualdades na capacidade de gasto municipal.

Ao analisar as características do gasto municipal devemos também considerar a participação da despesa com investimentos na despesa total. Vimos que na despesa executada tanto pela União quanto pelos estados, há pouca atenção aos investimentos. No gasto executado pelos municípios essa constatação se repete. A participação desse gasto é em torno de apenas 4% da despesa total (tabela 28).

Vale destacar, entretanto, que estamos considerando o gasto municipal **total**, ou seja, estão incluídas também as despesas financiadas por repasses da União. De todo modo, a tabela 28 revela uma estagnação, em termos nacionais, da participação da despesa com investimento

no gasto municipal em saúde. Porém, na maioria das regiões, essa participação declinou, sendo que na região Norte a redução foi mais intensa (de 8,9% em 2000 para 4,4% em 2006). Apenas na região Sudeste houve uma moderada expansão da participação dos investimentos no gasto municipal em saúde.

Tabela 27 - Participação das despesas com investimento na despesa municipal total, por região, 2000-2006.

Região	em %						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Norte	8,9	7,4	8,7	4,8	4,2	4,0	4,4
Nordeste	5,9	6,2	7,2	4,1	4,7	4,2	5,0
Sudeste	3,1	2,9	3,1	2,9	3,3	3,0	3,8
Sul	4,4	4,6	4,8	3,5	4,3	3,8	4,1
Centro-Oeste	5,5	5,4	6,3	3,8	4,6	3,3	3,6
Total	4,3	4,3	4,8	3,4	3,9	3,5	4,2

Fonte: Ministério da Saúde/SIOPS.

Posição em setembro 2007. Dados de 2006 sujeitos à revisão.

A fraca participação do gasto com investimento na despesa municipal em saúde reforça as conclusões anteriores com base na despesa federal e estadual. Com efeito, ao que tudo indica, não é prioridade na gestão do SUS a ampliação da oferta de serviços próprios, como revela o comportamento do gasto das três esferas. Considerando a importância da ampliação da oferta, principalmente em algumas regiões, para melhorar as condições de acesso e utilização dos serviços públicos de saúde, certamente há um sério comprometimento dos resultados do ponto de vista da equidade. Sem falar na implicação sobre a dependência em relação à rede privada de serviços para a garantia do atendimento, especialmente na média e alta complexidade, tema que analisaremos na próxima seção.

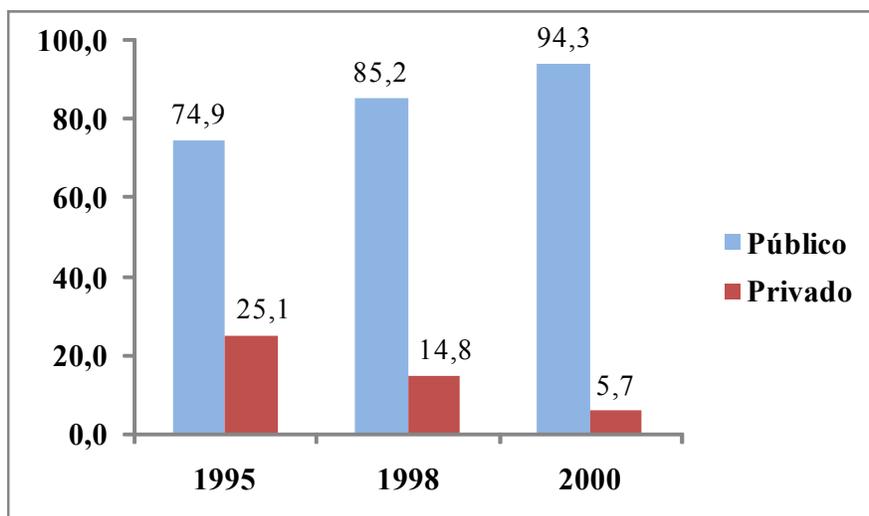
3.4 Reflexos da forte dependência em relação à rede privada sobre o gasto público em saúde

Considerando o gasto público em saúde como principal variável de análise, surge outro aspecto importante para a caracterização do SUS do momento pós-desenvolvimentista. A distribuição do gasto de acordo com o tipo de prestador mostra um sistema fragmentado em duas dimensões: de um lado, a atenção básica, de fato prestada pela esfera pública; de outro, a média/alta complexidade prestada basicamente pelo setor privado, ou seja, nesta

segunda dimensão, o principal papel da esfera pública é o financiamento. Os gráficos 13 e 14 ajudam a compreender essa fragmentação operacional do SUS.

Analisando a repartição do valor total da produção ambulatorial relativa à atenção básica segundo a natureza do prestador do serviço, constatamos a dominância do setor público no provimento de cuidados nesse nível de atenção. Trata-se de um aspecto presente desde 1995 e que tendeu a se fortalecer nos anos subsequentes. Se em 1995, 74,9% do gasto com atenção básica financiou ações realizadas na rede pública, em 2000, essa participação já era de 94,3% (gráfico 13). Portanto, não restam dúvidas sobre o domínio das unidades públicas, seja federal, estadual ou municipal, no provimento da atenção básica.

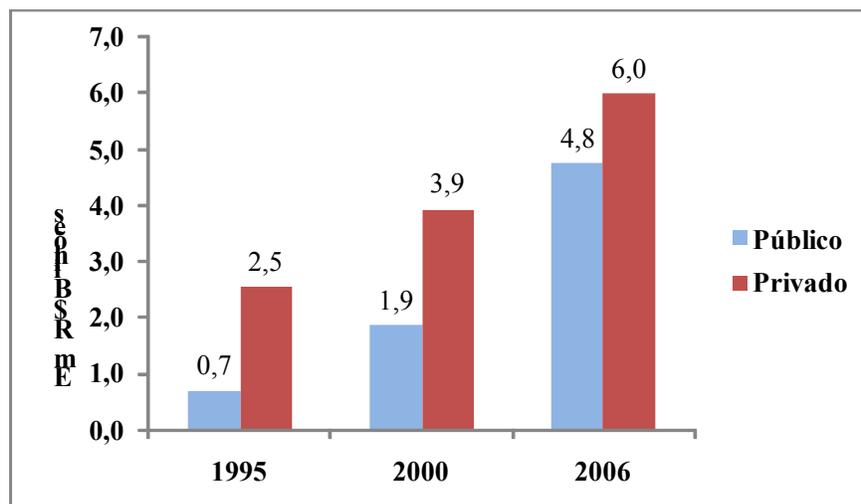
Gráfico 13 – Distribuição do valor da produção ambulatorial do SUS na atenção básica, por tipo de prestador, 1995/1998/2000 (em %)



Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIA. Elaboração Própria.

Por outro lado, o gasto com ações de média e alta complexidade revela o notável favorecimento do setor privado. Este é, de fato, o principal provedor de cuidados nesse nível de atenção no interior do SUS, muito embora a participação do setor público tenha logrado crescimento bastante substantivo entre 2000-2006 (gráfico 14). Em 1995 e 2000, o setor privado embolsava quase o dobro do valor repassado ao setor público referente à prestação de serviços de média/alta complexidade. Em 2006, essa diferença se torna menos expressiva, mas ainda assim é a rede privada que se beneficia da maior parte do gasto público relativo aos cuidados nos níveis mais complexos da atenção.

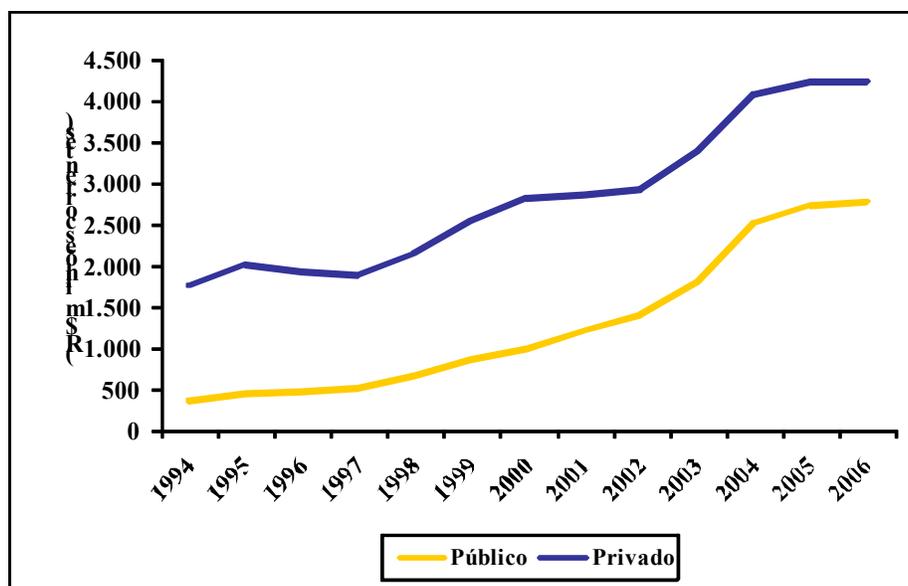
Gráfico 14 – Gastos com procedimentos de média/alta complexidade, segundo o regime da unidade conveniada ao SUS, 1995/2000/2006



Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIA/SIH. Elaboração Própria.

Para completar esse quadro sobre a base privatista no interior do SUS, o gráfico 15 mostra o comportamento do gasto público com internações entre 1994-2006. Fica evidente o comportamento ascendente dos recursos direcionados para o setor privado, comprovando sua predominância na atenção hospitalar.

Gráfico 15 - Valor total das internações segundo vínculo da unidade hospitalar com o SUS (1994-2006)



Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH. Elaboração própria.

Vemos, portanto, que há um sério impedimento para a consolidação do SUS como Sistema Nacional e Estatal de Saúde: a manutenção, dentro do sistema, do segmento liberal-privado, autônomo. Assim, temos na prática a estatização da atenção básica e a atuação do setor privado na atenção de média e alta complexidade, com substantivo grau de autonomia, o que se resume na ausência de um sistema concreto. Esse formato organizacional está muito longe daquele encontrado nos Sistemas Nacionais como já destacou Campos (2007). Portanto, como também observa este autor, o SUS é sistema híbrido, uma mescla da alternativa privatista norte-americana e do “desenho socializante da tradição européia”, mas corporificada num sistema fragmentado, “ainda quando dito Único”.

Contudo, é importante ressaltar que o problema não é a presença do setor privado em si, mas a sua forma de integração (ou a ausência dela) ao SUS. Diante da falta de regulamentação da relação público-privado, preservou-se importante grau de autonomia na atuação desses prestadores, contribuindo para a fragmentação do sistema. Ou seja, como destaca Campos (2007), na relação com o setor privado, manteve-se a política de compra de serviços, sem a integração via formas de relação sistêmicas, orientadas por diretrizes consoantes com a integralidade no modelo assistencial.

Conclusões sobre o capítulo

No presente capítulo, buscamos identificar, a partir do comportamento do gasto público em saúde, alguns entraves à consolidação do SUS.

Num primeiro momento, constatamos os reflexos da instabilidade do financiamento sobre o desempenho do gasto federal em saúde. Em todo o período 1995-2006, o aporte da União para o custeio das ações e serviços públicos de saúde (ASPS) permaneceu estagnado em relação ao PIB (1,7%). Em relação à receita corrente bruta (RCB), a conclusão é ainda menos animadora: o gasto realizado pela União decresceu, revelando que a arrecadação cresceu mais aceleradamente que a aplicação de recursos na saúde.

Se, em geral, o desempenho do gasto federal se mostrou bastante desanimador, por outro lado, ocorreram mudanças significativas na sua composição. Entre 1995-2005, aumentou consideravelmente a parcela do gasto relativa às transferências às instâncias subnacionais

de governo. Trata-se, sem dúvida, de um reflexo evidente do esforço descentralizador na política de saúde.

A análise do gasto das esferas subnacionais comprova os avanços na descentralização da política de saúde. Ao contrário do gasto executado pela União, houve notável aumento do gasto das esferas subnacionais, financiado com recursos próprios, o que contribuiu significativamente para a maior participação dos estados e municípios no financiamento setorial. Esse maior envolvimento ocorre sobretudo a partir de 2000, traduzindo os efeitos positivos da EC 29/2000, apesar de notáveis problemas ao seu total cumprimento. Não obstante o maior estímulo a partir da emenda, verificamos que a aplicação municipal já vinha numa trajetória ascendente desde os anos 1990, impulsionada pela municipalização da gestão da saúde.

Apesar do aumento dos repasses federais aos governos subnacionais e do maior envolvimento dessas esferas no custeio do SUS, é evidente o caráter “defensivo” da descentralização. Do ponto de vista do financiamento global do sistema, houve uma diminuição do esforço de gasto por parte da União concomitante ao maior incremento de verbas próprias subnacionais, numa clara estratégia de substituição de recursos. Portanto, a estratégia de descentralização privilegiou a substituição em detrimento da incorporação de recursos novos.

Por sua vez, a análise da participação da despesa com investimentos revelou o fraco empenho na ampliação da rede pública de serviços, presente na atuação das três esferas de governo. Podemos interpretar como uma clara opção em desfavor do parque público prestado de serviços, com fortes conseqüências para preservação do setor privado dentro do SUS. Em relação a esse aspecto, a análise do gasto público demonstrou a fragmentação do sistema brasileiro, visível na separação entre a atenção básica, de fato prestada pela esfera pública, e o cuidado de média/alta complexidade prestada basicamente pelo setor privado autônomo. Portanto, temos um sistema público na atenção básica e outro, privado, porém com financiamento público, na atenção hospitalar. Grosso modo, esta é a síntese do SUS.

CONCLUSÃO

A trajetória da política de saúde no Brasil revela três momentos distintos: um modelo de seguro social no período desenvolvimentista (início do século XX até os anos 1980); uma fase de transição deste modelo para outro universal (década de 1980) e a construção desse novo modelo, instituído pela Constituição de 1988, que ocorre, contudo, numa era pós-desenvolvimentista. Assim, este trabalho buscou caracterizar brevemente essas etapas e principalmente evidenciar quais os principais obstáculos para a consolidação da Reforma Sanitária – concretização do SUS – neste contexto pós-desenvolvimentista. Dito de outro modo, percebemos ao longo dos anos 1990 e 2000, um sistema universal de direito, porém incompleto e fragmentado, o qual buscamos caracterizar apontando os principais obstáculos para sua consolidação.

Reconstituindo a luta pela Reforma Sanitária, verificamos que a institucionalização do direito à saúde integrou uma mudança mais ampla no tratamento concedido aos riscos sociais, com a substituição do conceito de seguro pelo conceito de seguridade social na organização das políticas sociais brasileiras. Mobilizando tal iniciativa, estava o anseio em resgatar a imensa dívida social herdada de um período de brilhantismo no desenvolvimento econômico, mas de pouco enfrentamento das questões sociais.

Portanto, a universalização na cobertura à saúde insere-se no contexto de cobertura de segmentos até então desprotegidos. No entanto, tal conquista ocorre no contexto pós-desenvolvimentista, o qual coloca obstáculos não desprezíveis para a consolidação dos novos direitos sociais. Constituído legalmente um sistema de saúde de acesso universal e igualitário, a continuidade do processo de reforma sanitária enfrenta o desafio de concretizar tal sistema na ausência de um projeto nacional de desenvolvimento centrado no crescimento econômico com o enfrentamento da exclusão social. Nesse contexto, as dificuldades de financiamento e a herança privatista do modelo anterior atuaram contra a consolidação do SUS, resultando num sistema esgarçado.

Esse sistema apóia-se em duas grandes estratégias: a descentralização e a atenção primária. A estratégia da descentralização avançou bastante na conformação do quadro normativo do arranjo federativo na gestão da política de saúde. Não obstante os avanços no campo

normativo, na prática, a descentralização teve um caráter defensivo do ponto de vista do financiamento, com substituição de recursos federais por subnacionais. Este ponto é crucial para o custeio do sistema, pois não obstante o crescimento do aporte subnacional, este tem seus limites colocados pela herança do federalismo fiscal e pela imposição de ajuste fiscal.

Além desses limites da estratégia de descentralização, o SUS revela dois pontos fracos, ao nosso ver, decisivos para sua consolidação. De um lado, estão as dificuldades de financiamento (que se relacionam com os resultados da descentralização); de outro, a preservação do segmento privado no seu interior, com conseqüente comprometimento da almejada integração típica de um Sistema Nacional.

Os obstáculos no campo do financiamento se relacionam, em grande medida, com o caráter ortodoxo da política macroeconômica que caracteriza o período pós-desenvolvimentista. Com efeito, a incompatibilidade com o modelo econômico limitou o alcance das diversas alternativas que buscaram maior estabilidade no financiamento do SUS (OSS, CPMF e até mesmo a EC 29/2000, cujo critério para o gasto federal ficou subordinado aos objetivos da área econômica do governo). Entretanto, não se deve desprezar a influência de outros fatores, também discutidos neste trabalho.

Os embates com a área econômica para a garantia de recursos mais adequados para o sistema estão longe do fim. O capítulo mais recente inclui a revisão do critério de aplicação mínima da União no processo de regulamentação da EC 29. Neste ponto, os defensores do SUS sempre buscaram garantir um aporte federal mais condizente com o comportamento da sua arrecadação, uma vez que a correção do gasto pela variação nominal do PIB é o pior critério, como mostrou as simulações realizadas neste trabalho. Caso se estabelecesse uma vinculação à base de receitas (RCB ou RCL), como previam os projetos iniciais de regulamentação, ou à arrecadação de contribuições sociais, mantendo a matriz original de custeio da seguridade social, o SUS contaria com volume de recursos muito mais condizente com suas necessidades.

Em votação preliminar na Câmara em 2007, manteve-se o critério de vinculação ao PIB, uma importante vitória da área econômica do governo que, durante as discussões sobre a regulamentação da emenda, se articulou para impedir a vinculação do gasto federal a

qualquer base de receitas, buscando preservar seu raio de manobra na realização do superávit primário.

A extinção da CPMF tornou mais problemática essa discussão em torno do financiamento do SUS. Esta questão do critério de definição do gasto mínimo federal, por exemplo, tende a suscitar novos embates, pois a moeda de troca para aceitação da permanência do critério atual era um incremento provisório de recursos através do maior repasse da fonte CPMF. Com a derrota imposta ao governo pela não prorrogação desta contribuição, certamente a manutenção desse critério deverá ser renegociada. Portanto, a regulamentação da emenda ainda será objeto de muitas discussões.

Mas, além das implicações no jogo da regulamentação da EC 29, o fim da CPMF coloca também dificuldades para o próprio cumprimento da emenda em 2008. Se mesmo contando com os recursos da CPMF esse dispositivo foi descumprido em alguns anos, é possível que sua ausência comprometa mais do que as metas de investimento do PAC da saúde, atingindo até mesmo programas essenciais do ministério. A situação torna-se ainda mais grave pela posição anunciada pelo ministro da Fazenda, Guido Mantega, que já descartou a possibilidade de redução da meta de superávit primário (3,75% do PIB) no ajuste de contas do orçamento 2008. Ou seja, o governo manterá o mesmo esforço para pagar os juros da dívida mesmo que isto comprometa o custeio de outras áreas.

Além das dificuldades no campo do financiamento, o SUS apresenta algumas especificidades no caráter do gasto realizado, que revelam entraves a sua consolidação. Num primeiro momento, comprovamos o reflexo das dificuldades no campo do financiamento sobre o comportamento do gasto federal em saúde, com evidente prejuízo para o custeio das ações e serviços de saúde.

Contudo a análise do gasto público revela ainda um aspecto fundamental para a caracterização do SUS: a preservação do segmento privado no interior do SUS. Com efeito, a atenção de média e alta complexidade é realizada no setor privado, com grande autonomia, enquanto a atenção básica é estatal. Esta fragmentação fica clara na análise da destinação dos recursos para o custeio dos dois níveis de atenção, na qual é visível como o gasto na atenção hospitalar privilegia o setor privado.

É interessante observarmos que essa fragmentação é reforçada pelas decisões políticas na alocação dos gastos públicos. Nas três esferas de governo, a participação da despesa com investimentos no gasto total em saúde revelou o fraco empenho na ampliação da rede pública de serviços. Ou seja, uma clara opção em desfavor do parque público prestado de serviços, com fortes conseqüências para preservação do setor privado dentro do SUS.

Porém, como argumentamos nesse trabalho, o problema não é a presença do setor privado em si, mas a sua forma de integração (ou a ausência dela) ao SUS. Diante da falta de regulamentação da relação público-privado, preservou-se importante grau de autonomia na atuação desses prestadores, contribuindo para a fragmentação do sistema. O centro do problema está, portanto, na manutenção da política de compra de serviços, em detrimento da integração via formas de relação sistêmicas, orientadas por diretrizes consoantes com a integralidade no modelo assistencial.

Nesse sentido, contribuiu especialmente o desenvolvimento da regulamentação do SUS pós Constituição de 1988. No momento da elaboração da Carta constitucional, as forças políticas liberal-conservadoras conseguiram preservar o espaço de atuação do capital privado no sistema de saúde. Porém, todo o esforço de regulamentação posterior esteve claramente direcionado para a normatização das relações entre as esferas de governo (principalmente formas de repasses de recursos), negligenciando a regulamentação da relação público-privado dentro do SUS. Portanto, um dos principais desafios atuais diz respeito à necessidade de avançar na definição da forma convivência entre o público e o privado no SUS.

Como resultado, temos um sistema público na atenção básica e outro, privado e autônomo, porém com financiamento público, na atenção hospitalar. Em suma, este é o retrato do SUS que ainda não logrou se tornar um sistema.

Esses desafios significam que há uma ameaça de desmonte do SUS? Em hipótese nenhuma. Pelo contrário, há no cenário atual uma janela de oportunidade que pode ser decisiva para a consolidação do sistema de saúde brasileiro nas próximas décadas. Trata-se da possibilidade de desenhar uma nova estratégia nacional de desenvolvimento que tenha como motor principal o setor saúde. Ou seja, vislumbra-se a possibilidade de um novo ciclo

de acumulação de capital que seja puxado pela saúde ou tenha este setor como um dos seus pilares principais.

Nesse sentido, vale destacar a incipiente iniciativa traduzida no Programa *Mais Saúde* (PAC da Saúde), o qual traduz o objetivo de aproveitar as potencialidades econômicas do setor na mobilização de um novo padrão de desenvolvimento brasileiro. Parte-se do reconhecimento de duas dimensões da saúde que devem estar presentes numa nova aposta desenvolvimentista: a saúde é parte do sistema de proteção social e, ao mesmo tempo, fonte importante de geração de riquezas, dado que envolve significativo complexo de atividades produtivas. A experiência internacional já demonstra a capacidade do setor saúde em alavancar o desempenho econômico, especialmente pelo alto componente de inovação que envolve. Assim, essas duas dimensões devem estar presentes num novo modelo de desenvolvimento que concilie crescimento econômico com avanços sociais.

A realização dessa estratégia implica, dentre outras coisas, a construção de novos arranjos políticos na gestão da política de saúde, que significa envolver outros atores, tais como o Ministério de Ciência e Tecnologia e o BNDES. Porém, a condução dessa estratégia já conta com um grande diferencial bastante positivo que é buscar esse novo ciclo de desenvolvimento já possuindo o marco legal do SUS, ou seja, um sistema orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, J. R. R. **O atual pacto federativo**. Apresentação realizada no XXXI Fórum Nacional de Secretários Estaduais do Planejamento. São Paulo, 2007.

ANFIP - Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil. Análise da Seguridade Social em 2001. Disponível em: <http://www.anfip.org.br/publicacoes/livros/index.php>. Acesso em: 11 ago 2007.

_____. Análise da Seguridade Social em 2002. Disponível em: <http://www.anfip.org.br/publicacoes/livros/index.php>. Acesso em: 11 ago 2007.

_____. Análise da Seguridade Social em 2003. Disponível em: <http://www.anfip.org.br/publicacoes/livros/index.php>. Acesso em: 11 ago 2007.

_____. Análise da Seguridade Social em 2004. Disponível em: <http://www.anfip.org.br/publicacoes/livros/index.php>. Acesso em: 11 ago 2007.

_____. Análise da Seguridade Social em 2005. Disponível em: <http://www.anfip.org.br/publicacoes/livros/index.php>. Acesso em: 11 ago 2007.

_____. Análise da Seguridade Social em 2006. Brasília, Anfip, 2007. Disponível em: <http://www.anfip.org.br/publicacoes/livros/index.php>. Acesso em: 11 ago 2007.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E. e GENTILI, P. (org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p. 331-345, 2003.

_____. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, N. T. et al (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N. T. et al (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

BARROS, E. Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. **Série técnica Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde (04)**. Brasília: Opas, 2002.

BARROS, M.E.; PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M. **Política de Saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas**. Brasília: Ipea, 1996. (Texto para Discussão, n.401).

BARROS SILVA, P.L. Serviços de Saúde. O dilema do SUS na nova década. **São Paulo e Perspectiva**, São Paulo, v.17, nº. 01, p. 69-85, jan./mar. 2003.

_____. Reforma do Estado e Políticas Sociais no Brasil: Desafios e Limites Estruturais. **Cadernos de Pesquisa Nepp**, Campinas, São Paulo, v. 31, p. 01-55, 1998.

_____. Política e proteção social no Brasil pós-1995: natureza, alcance e limites da intervenção estatal. In: DEDECCA, C.; PRONI, M.W. (Org.). **Economia e Proteção Social**: textos para estudo dirigido. Campinas, SP: Unicamp. IE/ Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego; Unitrabalho, 2006.

_____. **Atenção à saúde como política governamental**. Dissertação de Mestrado - IFCH / UNICAMP, Campinas-sp, 1984.

_____. **Limites e obstáculos à reforma do Estado no Brasil**: a experiência da previdência social na Nova República. Campinas, SP: UNICAMP. IE, 2001.

BELLUZZO, L. G.; ALMEIDA, J. G. **Depois da queda**: a economia brasileira da crise da dívida aos impasses do Real. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

BELLUZZO, L. G.; COUTINHO, L. G. Desenvolvimento e Estabilização sob Finanças Globalizadas. **Economia e Sociedade**, Campinas - SP, n. 7, p. 129-154, 1996.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. **Saúde e Previdência**: Estudos de Política Social. São Paulo: Editora Hucitec, 1981.

CAMPOS, G.W. de S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12(Sup): 1865-1874, 2007.

CARNEIRO, R. **Desenvolvimento em crise**: a economia brasileira no último quarto do século XX. São Paulo: Unesp, 2002.

CARDOSO Jr., J.C.; CASTRO, J.A. Economia política das finanças sociais brasileiras no período 1995-2002. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 15, n. 1 (26), p.145-174, jan./jun. 2006.

CARVALHO, **Gilson**. **Financiamento público federal do Sistema Único de Saúde – 1988-2001**. Tese (Doutorado). Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002, 311 p.

_____. **Estudo comparativo entre as três propostas de regulamentação da EC-29: Roberto Gouveia, Tião Viana e Marconi Perillo**. Disponível em: www.gices-sc.org/GCEC29COMPARAPLPRGTVMMPSET07.doc

CASTRO GOMES, A. **Burguesia e trabalho**: política e legislação social no Brasil, 1917-1937. Rio de Janeiro, Campus, 1979.

COHN, A. Mudanças econômicas e política de saúde no Brasil. In: LAURELL, A.C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N. T. et al (Org.). **Saúde e Democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

_____. **Previdência Social e Populismo**. Tese de Doutorado FFCLUSP, São Paulo, 1979.

CORDEIRO, HÉSIO. **As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **A indústria da saúde no Brasil**, Rio: Graal, 1980.

_____. Assistência médica na previdência social: o INAMPS na Nova República. Rio de Janeiro: UFRJ/IMS, **Cadernos IMS**, volume 2, número 1, abr-mai 1988.

COSTA, Nilson do Rosário; PINTO, Luiz Felipe. Piso de atenção básica: mudanças na estrutura. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza D'Ávila (Orgs.). **O SUS em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002. p. 271-297.

COSTA, Nilson do R.; BARROS SILVA, P.L.; RIBEIRO, J.M. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 50, n. 3, p. 5-31, jul-set./1999.

DAIN, S. O financiamento público na perspectiva da política social. **Economia e Sociedade**, Campinas, n.17, p. 113-140, dez. 2001.

DELFIN NETO, A. O Plano Real e a armadilha do crescimento econômico. MERCADANTE, A. (org.). **O Brasil pós-Real**. Campinas, Unicamp, 1997.

DONNANGELO, Maria Cecília F. **Medicina e Sociedade**: O médico e seu mercado de trabalho. SP, Pioneira, 1975.

DRAIBE, Sonia Miriam. A política social do governo FHC e o sistema de proteção social. **Revista Tempo Social**, São Paulo, v. 15, n. 2, 2003.

_____. **Rumos e metamorfoses**: um estudo sobre a constituição do Estado e as alternativas da industrialização no Brasil, 1930-1960. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004.

DRAIBE, S.; Aureliano, L. A especificidade do *Welfare State* brasileiro. **Economia e Desenvolvimento**. Brasília: MPAS/Cepal, 1989.

ESCOREL, Sarah - **Reviravolta na Saúde**: Origem e Articulação do Movimento Sanitário - Dissertação de Mestrado, ENSP/FIOCRUZ, 1987.

_____. Saúde: uma questão nacional. In: Teixeira, Sônia Fleury (Org.) **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

ESCOREL, S.; BLOCH, A. de. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: LIMA, N. T. et al (Org.). **Saúde e Democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. do; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al (Org.). **Saúde e Democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FAGNANI, E. Política Social e Pactos conservadores no Brasil. **Economia e Sociedade**, Campinas, IE/Unicamp, n.8, 1997.

_____. Ajuste Econômico e financiamento da política social brasileira: notas sobre o período recente 1993/1998. **Economia e Sociedade**, Campinas, IE/Unicamp, n.13, 1999.

_____. **Política social no Brasil (1964-2002)**: entre a cidadania e a caridade. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia, Campinas, 2005.

FALEIROS, Vicente de Paula et al. **A construção do SUS**. Histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FALEIROS, Vicente de Paula. A reforma do Estado no período FHC e as propostas do governo Lula. In: FALEIROS, Vicente de Paula et al. **A era FHC e o governo Lula**: transição? Brasília: Inesc, 2004.

FARHI, M. A ineficácia da política monetária. **Política Econômica em Foco**, Campinas, n.5, nov.2004/abr.2005. Disponível em:<http://www.eco.unicamp.br/asp-scripts/boletim_cecon/boletim_cecon.asp. Acesso em: 1 julho 2005. Seção III

FAVERET, A. C. de Sá. **Federalismo Fiscal e Descentralização no Brasil**: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000. Tese (doutorado), 200f. Instituto de Medicina Social - UERJ, Rio de Janeiro, 2002.

_____. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 371-378, 2003.

FLEURY, S. M. **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos editorial, 1997.

FLEURY, S. M.; OLIVEIRA, J. A.de A. **(Im)Previdência social**: 60 anos de historia da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989.

GENTIL, D. L. **A política fiscal e a falsa crise da seguridade social brasileira**. Análise financeira do período 1990-2005. Tese de doutoramento – Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro, 2006.

GENTILLE DE MELLO, Carlos. **Saúde e assistência médica no Brasil**. São Paulo, Cebes-Hucitec, 1977.

IPEA. **Boletim de Políticas Sociais** - Acompanhamento e Análise nº 13, edição especial nº 13. Brasília, IPEA, 2007.

JORGE, E. A. et al. **Seguridade Social e financiamento do SUS**. Comisión Directiva da Organizacion Iberoamericana de Seguridad Social. Buenos Aires, 2007.

LAURELL, A.C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1997.

LAVINAS, L. A estrutura do financiamento da proteção social brasileira e as contas da proteção social. In: DEDECCA, C.; PRONI, M.W. (Org.). **Economia e Proteção Social: textos para estudo dirigido**. Campinas, SP: Unicamp. IE/ Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego; Unitrabalho, 2006.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D. de; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.2, p. 269-291, 2001.

LIMA, N. T.; FONSECA, C.M.O.; HOCHMAN, G. A saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. et al (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LIMA, L. D. de Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.511-522, 2007.

LOPREATO, F. L. C. O endividamento dos governos estaduais nos anos 90. **Economia e Sociedade**, Campinas, v.15: 117-158, dez.2000.

_____. A marcha continua. **Política Econômica em Foco**, nº 5, nov. 2004 – abr. 2005. Disponível em:<http://www.eco.unicamp.br/asp-scripts/boletim_cecon/boletim_cecon.asp. Acesso em: 29 novembro 2005. Seção IV

LUCCHESI, P.T.R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e Políticas Públicas**, n.14, dez. 1996.

MADI, Maria Alejandra Caporale. **Política monetária no Brasil: uma interpretação pós-keynesiana**. 1993. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia, UNICAMP, 1993.

MARQUES, R.M.; MENDES, A.N. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. **Economia e Sociedade**, Campinas, v.14, n. 1 (24), p.159-175, jan./jun. 2005.

_____. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, 403-415, 2003.

_____. Financiamento: a doença crônica da saúde pública brasileira. Trabalho apresentado ao **V Encontro de Economia da Saúde**. Associação Brasileira de Economia da Saúde. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, 1999.

MARSHALL, T. H. **Cidadania e classe social**. Brasília: Senado Federal, 2002.

MATIJASCIC, M. Opções de reforma e financiamento das políticas sociais e de emprego. In: DEDECCA, C.; PRONI, M.W. (Org.). **Economia e Proteção Social**: textos para estudo dirigido. Campinas, SP: Unicamp. IE/ Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego; Unitrabalho, 2006.

MEDICE, André. Descentralização e gastos em saúde no Brasil. In: AFFONSO, R.; SILVA, P.L.B. **Descentralização e políticas sociais**. São Paulo: Fundap, 1996.

MELLO, J. M. Cardoso de. A contra-revolução liberal-conservadora e a tradição crítica latino-americana. In: TAVARES, M. da C.; FIORI, J. L. **Poder e Dinheiro**: uma economia política da globalização. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

MENDES, A.N. **Financiamento, Gasto e Gestão do Sistema Único de Saúde**. A gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001). Tese (doutoramento), Instituto de Economia – Unicamp, Campinas, 2005.

NASSIF (2007). **O PAC da Saúde 1** – Coluna Econômica 23 out. 2007.

NORONHA, J.C. de; LIMA, L. D.; MACHADO, C.V. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde no Brasil**: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PAULANI, Leda Maria. Brasil *Delivery*: a política econômica do governo Lula. **Revista de Economia Política**, vol. 23, nº 4 (92), out. - dez. 2003.

PIERSON, P. **Politics in time**: history, institutions, and social analysis. NJ: Princeton, Princeton University Press, 2004.

PIOLA, S.F.; BIASOTO Jr., G. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. di. **Brasil: Radiografia da Saúde**. Campinas, SP: Unicamp. IE, 2001.

PIOLA, S. F. Perspectivas da descentralização na saúde pública. **Observatório da Cidadania**. Relatório n. 6, 2002.

PORTO, S.M. et al. Alocação Equitativa de Recursos Financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.376-388, set./dez. 2003.

PRADO, S. Distribuição intergovernamental de recursos na federação brasileira. In: REZENDE F.; OLIVEIRA, F.A. (org.). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil**. Desafios da Reforma Tributária. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer, 2003.

_____. **A questão fiscal na federação brasileira: diagnósticos e alternativas**. CEPAL, 2007.

REIS, C.O.O.; RIBEIRO, J.A.C.; PIOLA, S.F. **Financiamento das políticas sociais nos anos 1990**: o caso do Ministério da Saúde. Brasília: Ipea, TD nº 802, 2001.

REZENDE, F. Modernização tributária e federalismo fiscal. In: REZENDE F.; OLIVEIRA, F.A. (org.). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil**. Desafios da Reforma Tributária. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer, 2003.

RIBEIRO, J.A; PIOLA, S.F. e SERVO, L. M. Financiamento e gasto das políticas sociais: o caso do Ministério da Saúde, 1995 a 2005. **Bahia Análise e Dados**. Salvador: Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais (SEI), v.16, n.2, 2007.

SANTOS, G. Ferrato dos. Financiamento e investimento na saúde pública de 1995-2002. In: VIANA, A.L. d'A. e NEGRI, B. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime; Celag, 2002.

SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SICSÚ, João. Políticas macroeconômicas e políticas sociais. In: DEDECCA, C.; PRONI, M.W. (Org.). **Economia e Proteção Social**: textos para estudo dirigido. Campinas, SP: Unicamp. IE/ Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego; Unitrabalho, 2006.

_____. Políticas não-monetárias de controle da inflação: uma proposta pós-keynesiana. **Revista Análise Econômica**, Porto Alegre, ano 21, n 39, p. 115-136, jan.-mar. 2003.

_____. Teoria e evidência do regime de metas inflacionárias. **Revista de Economia Política**, São Paulo, vol. 22, n 1, p. 23-33, jan.-mar. 2002.

SOARES, Laura T.; SETÚBAL, Mariana. O debate sobre o gasto social do governo federal ou “os economistas da Fazenda atacam outra vez”. **Econômica**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.91-100, junho 2003.

SOARES, Laura T.; **A Charanga do ajuste fiscal e da focalização do gasto social**. Maio/2005. Disponível em: www.outrobrasil.net. Acessado em: setembro/2006.

_____. **Questões pendentes na configuração de uma política social**: uma síntese. *Análise de Conjuntura Social*, dezembro/2004. Disponível em: www.outrobrasil.net. Acessado em: setembro/2006.

_____. **Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina**. Ed. Vozes, 2001.

SOLLA, J.J.S.P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 30, n.2, p.332-348, jul./dez. 2006.

SOUZA, Renilson Rehem de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.6 n.2, p. 451-455, 2001.

_____. O financiamento federal do SUS: mitos e verdades. In: VIANA, A.L. d’A. e NEGRI, B. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime; Celag, 2002.

TAVARES, M.C. **Acumulação de capital e industrialização no Brasil**. Campinas, São Paulo: UNICAMP-IE, 1998.

UGÁ, M.A.; PIOLA, S.F.; PORTO, S.M.; VIANNA, S.M. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p. 417-437, 2003.

UGÁ, M.A.; SOARES, I.S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 22, v. 8: p.1597-1609, ago, 2006.

_____. Uma análise da equidade do financiamento do Sistema Único de Saúde. Relatório de pesquisa. Projeto Economia da Saúde/Cooperação técnica Brasil-Reino Unido. **Justiça no financiamento do setor saúde**. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, março de 2005.

VIANNA, Solon M. A Seguridade Social e o SUS: re-visitando o tema. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.14, n.1, p.5-6, jan-abr 2005.

VIANA, A.L. d’A. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18 (suplemento): 139-151, 2002a.

VIANA, A.L. d’A. et al. Descentralização no SUS: efeitos da NOB-SUS 01/96. In: VIANA, A.L. d’A. e NEGRI, B. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime; Celag, 2002b.

VIANA, A.L. d'A. et al. Política de Saúde e Equidade. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.17, nº. 01, p. 58-68, jan./mar. 2003.

VIANA, A.L. d'A.; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-265, 2005.

VIANA, A.L. d' Á.; QUEIROZ, M.S. Padrão de Política Estatal em Saúde e o Sistema de Assistência Médica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, p. 132-140, 1992.

VIANA, A.L. d' Á.; ELIAS, P.E.M. Saúde e desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12(Sup): 1765-1777, 2007.

PORTARIAS E RESOLUÇÕES

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 373**, de 27 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde. Noas 01/2002. **Diário Oficial da União**, 02 mar. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95**, de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre a NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde. Noas 01/2001. **Diário Oficial da União**, 29 jan. 2001a.

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.

Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>
Acesso em: junho/2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 545**, de 20 de maio de 1993. Dispõe sobre a NOB 01/93 – Norma Operacional Básica do SUS. **Diário Oficial da União**, n. 96, Seção I, p. 6961-6965, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 maio, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.023**, de 06 de novembro de 1996. Dispõe sobre a NOB 01/96 – Norma Operacional Básica do SUS. **Diário Oficial da União**, 06 nov. 1996.

BRASIL. **Resolução n. 322**, de 08 de maio de 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao322.htm>. Acesso em: 01 maio 2007.

OUTRAS REFERÊNCIAS LEGISLATIVAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. disponível em: www.senado.gov.br/legislação. Acesso em: 31 jan. 2007.

BRASIL. **Emenda Constitucional n.º 29**, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 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 República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 14 set. 2000. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/ccivil/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>>. Acesso em: 01 março 2007.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080**, 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 República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18055. Disponível em:

<<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2007.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, 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. Disponível em www.senado.gov.br/legislacao. Acesso em: 02 fev 2007.

DOCUMENTOS OFICIAIS

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da Assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar/ Ministério da Saúde, Secretária de Assistência à saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pactos de vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada, 2006. Série A Normas e Manuais Técnicos, 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Série A, Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Nota Técnica nº 21/2007 – SIOPS/AESD**. Divulga o resultado da análise dos balanços gerais dos estados brasileiros, referente ao exercício de 2006, no tocante à aplicação mínima de recursos próprios em gastos com ações e serviços públicos de saúde, de acordo com o estabelecido pela Emenda Constitucional no 29, de 13 de setembro de 2000 e pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 322, de 08 de maio de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Nota Técnica nº 08/2007 – SIOPS/AESD**. Divulga o resultado da análise dos balanços gerais dos estados brasileiros, referente ao exercício de 2005, no tocante à aplicação mínima de recursos próprios em gastos com ações e serviços públicos de saúde, de acordo com o estabelecido pela Emenda Constitucional no 29, de 13 de setembro de 2000 e pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 322, de 08 de maio de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde. **Nota Técnica nº 49/2006 – SIOPS/DES**. Divulga o resultado da análise dos balanços gerais dos estados brasileiros, referente ao exercício social de 2004, no tocante à aplicação mínima de recursos próprios em gastos com ações e serviços públicos de saúde, de acordo com o estabelecido pela Emenda Constitucional no 29, de 13 de setembro de

2000 e nas diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 322, de 08 de maio de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde. **Nota Técnica nº 09/2005 – SIOPS/DES**. Apresenta os dados dos Estados, do exercício de 2003, referentes à aplicação de recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde, de acordo com a EC 29 (aprovada em 18/03/2005).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde. **Nota Técnica nº 10/2004 – SIOPS/DES**. Apresenta os dados dos Estados, dos exercícios de 2000, 2001 e 2002, referentes à aplicação de recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde, de acordo com a EC 29 (atualizada em 22/04/2004).