

CRÔNICA DE UMA CRISE ANUNCIADA: O FINANCIAMENTO DO SUS SOB A DOMINÂNCIA DO CAPITAL FINANCEIRO

Áquilas Mendes¹
Rosa Maria Marques²

Resumo:

O artigo reconstitui o processo de institucionalização do financiamento do SUS, prejudicado, em primeira instância, pelas condições da política macroeconômica desenvolvida ao longo dos anos 1990 e 2000, e, em última instância, pelos efeitos provocados pela atual fase do capitalismo de valorização do capital financeiro. Identifica-se, também, a partir do quadro econômico e político, as tensões existentes com a área econômica do governo federal, destacando as condicionalidades impostas ao financiamento da saúde universal e integrante da Seguridade Social, sob a também ameaça da recente proposta de reforma tributária do governo Lula.

Palavras-chave: dominância financeira; financiamento do SUS; Seguridade Social

Abstract:

This article rebuilds the process of SUS financing institutionalization, damaged, in the first place, by the macroeconomic policy conditions, developed during the years of 1990s and 2000s, and, in the last place, by the effects caused by the present phase of capitalism, concerning financial capital supremacy. It also identifies, within the political and economic framework, the existing conflicts between the economic area of the federal government, emphasizing the imposed conditions to universal health financing, as part of Social Security, and under the threat of the most recent Lula's government tax reform.

Key-words: financial capital supremacy; SUS financing; Social Security

Introdução

Os conflitos por recursos financeiros para a implementação de uma política pública universal da saúde se tornaram muito intensos a partir dos anos 1990. Se no período anterior a crise fiscal e financeira do Estado Desenvolvimentista brasileiro constituía o grande constrangimento à saúde pública, a partir desses anos, o embate decorre da força do capital financeiro em determinar as políticas governamentais, levando a que, na área social, existissem, com muita frequência, significativos cortes de recursos.

Nesse contexto, a política macroeconômica, com destaque para aquela adotada pelas gestões de Fernando Henrique Cardoso e de Luis Inácio Lula da Silva, fundamentada em metas de inflação, superávit primário e câmbio flutuante, vem determinando as difíceis condições de financiamento do SUS e da Seguridade Social.

¹ Professor Doutor do Departamento de Economia da PUC-SP e presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES).

² Professora Titular do Departamento de Economia e do Programa de Estudos Pós-graduados em Economia Política da PUCSP.

Ainda, não se deve perder de vista que a partir dos anos 1980 o capital financeiro regressou poderoso, após o largo período dos trinta anos gloriosos que ficou reprimido, determinando um “novo” papel ao Estado e assegurando o pleno crescimento de sua forma parasitária e fictícia. De acordo com Marx trata-se do capital bancário, ou de crédito, e do capital fictício, respectivamente (MARX, 1987, vol.3, cap.25). Para se ter uma idéia da força soberana do capital financeiro no Brasil, em 2008, foram gastos R\$ 162,0 bilhões, com o pagamento dos juros da dívida pública, o que significa 3,3 vezes o gasto do Ministério da Saúde com ações e serviços públicos de saúde, nesse mesmo ano.

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

Por sua vez, se há algo que marca o momento é a manifestação problemática da crise estrutural do capitalismo, no seu modo de funcionamento sob a dominância do capital financeiro. Essa crise tem repercussões avassaladoras sobre a economia mundial, atingindo a todos os países. O Brasil não escapa à exceção. Depois de ter apresentado um PIB de 5,4%, em 2007, registrou em 2008, um crescimento inferior de 5,1%, devido a acentuada desaceleração (-3,4%) no último trimestre. Para se ter uma idéia dessas repercussões, em janeiro de 2009, o superávit primário foi de R\$ 5,2 bilhões, em contraste ao superávit registrado no mesmo mês de 2008, R\$ 18,7 bilhões. Tal redução indica o aumento do gasto e da renúncia fiscal em função das medidas realizadas pelo governo para enfrentar a crise. Recentemente, diante da queda de arrecadação das receitas do governo federal, decorrentes desse cenário, assistem-se também alguns cortes significativos nos valores do orçamento de todas as áreas³, sem exceção para as políticas sociais, em geral e para a saúde em particular.

³ No dia 19 de março de 2009, o governo federal anunciou cortes de R\$ 21 bilhões no orçamento deste ano. A justificativa do governo foi a forte queda da arrecadação, causada pela diminuição da atividade econômica, em razão da crise. Ao mesmo tempo, mantém intocado o pagamento da dívida ao contrário de auditá-la, conforme prevê a Constituição Federal de 1988. Disponível em www.divida-auditoria.org.br.

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

Este artigo está estruturado em três partes. A primeira parte destaca os aspectos que condicionaram a definição da universalidade das ações e serviços de saúde no Brasil, iniciando-se com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com a Seguridade Social, com referência para o momento político de seu surgimento. A segunda parte aponta as condições gerais da atual fase do capitalismo financeiro, que não eram mais aquelas do período do pós-guerra, indicando como esse novo ambiente interagiu e constrangeu a trajetória brasileira, principalmente quanto à ação de seu Estado, dificultando a aplicação da plena universalidade da saúde. A terceira parte evidencia, a partir desse quadro referencial, a construção da universalidade e os constrangimentos econômicos à saúde pública no País. Será dado destaque para as ameaças da proposta de reforma tributária do governo Lula (PEC- 233/08) ao financiamento da Seguridade Social e do SUS.

1. O Esquema do Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Seguridade Social

Os constituintes consagraram na Constituição de 1988 a garantia de novos direitos sociais e princípios de organização da política social, os quais, pelo menos quanto às suas definições, modificaram alguns pilares básicos do sistema anterior de proteção social⁴. Influenciada pelo ambiente político-social da abertura e com um discurso de que era preciso resgatar a enorme dívida social brasileira herdada do regime militar, a Constituição assegurou direitos básicos e universais de cidadania, estabelecendo o direito à saúde, assistência social e previdência em um capítulo específico – o da Seguridade Social.

⁴ Para essa discussão, ver Draibe (1999).

No tocante à área da saúde, a Constituição e, em seguida as Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90, consideradas Leis Orgânicas dessa área, apontaram as diretrizes gerais para a organização de um SUS, que deveria propiciar respostas mais adequadas aos problemas de saúde do Brasil. Como se verá adiante, a trajetória desse sistema no período pós-constitucional foi bastante tumultuada em relação ao problema de seu financiamento — insuficiência de recursos — e no tocante ao relacionamento entre as esferas de governo e o setor privado prestador de serviço.

Qualquer que seja o diagnóstico, no entanto, é crescente a percepção de que a área da saúde enfrenta problemas no seu esquema de financiamento, inviabilizando a realização de uma política mais efetiva. Em outras palavras, o quadro deteriorado do financiamento da saúde, acrescido do agravamento das questões sociais no País, evidencia, ainda mais, a crise da saúde.

Nessa situação, é preciso analisar o fio condutor que dá origem ao problemático financiamento da saúde nos anos 1990. Para tanto, esse quadro é abordado com base em sua relação com a Previdência social, tanto no período anterior como posterior à Constituição de 1988.

Em relação ao período anterior à Constituição de 1988, o financiamento do gasto federal em saúde foi em grande parte viabilizado por meio dos recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). A participação média dessa fonte no financiamento foi de 80%, o que indica a extrema dependência do financiamento da saúde em relação ao comportamento das receitas do complexo previdenciário⁵.

Nesse período, houve um aumento da participação dos recursos do Tesouro: de 13%, em 1980, para 21%, em 1990. Isso não significa, entretanto, que tenha havido um maior aporte de recursos fiscais. O aumento da participação é explicado pelo fato de o governo federal ter incorporado o Finsocial⁶, como se fosse um recurso do Tesouro, e pela queda do volume de recursos provindos do FPAS.

A acentuada dependência do financiamento do FPAS sugere a importância de se analisar o financiamento do sistema de proteção social como um todo. Registre-se, em primeiro lugar, que, a partir da criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), o conjunto de benefícios e ações concedidos pela Previdência Social,

⁵ Para uma análise do financiamento da saúde nos anos 1980, ver Marques (1999).

⁶ Finsocial significa “Fundo de Investimento Social”. Trata-se de uma contribuição social criada em 1982 para custear programas sociais federais. Em 1992, seu nome foi modificado para Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins).

Assistência Social e pelo antigo INAMPS era garantido por contribuições de empregados e empregadores, contribuição da União e outras receitas. Nesse ponto, é preciso assinalar que a legislação que regulava o financiamento da área previdenciária determinava que o custo com pessoal, as insuficiências financeiras e as pensões e aposentadorias do funcionalismo federal (Encargos Previdenciários da União – EPU) deveriam ser financiadas por recursos fiscais, o que caracterizaria a contribuição da União. Contudo, pode-se verificar que, durante os anos 1980, o governo federal quase sempre desconsiderou essa determinação.

Nesse período, de longe, a principal fonte de financiamento do SINPAS foi constituída por recursos da contribuição de empregado e empregador. Uma vez que essa receita é produzida pela aplicação de alíquotas sobre o salário, o volume arrecadado depende do nível de emprego do mercado formal de trabalho e do salário médio. Isso significa que a disponibilidade para o financiamento do SINPAS e, por decorrência, da saúde, nos anos 1980, dependia do movimento cíclico da economia.

Em relação aos anos 1980, portanto, é importante ressaltar que o financiamento da saúde, ao ser realizado basicamente por meio de recursos do FPAS, era extremamente dependente da evolução das contribuições de empregados e empregadores.

Já no que diz respeito ao financiamento da saúde no período posterior à Constituição, cabe salientar que os novos direitos introduzidos na universalização da saúde e na área previdenciária, a Constituição de 1988 preocupou-se em ampliar os recursos destinados ao financiamento da Seguridade Social — saúde, previdência e assistência social. Assim, além das fontes tradicionalmente utilizadas pelo SINPAS, foi criada a Contribuição sobre o Lucro Líquido e incorporada à receita do Finsocial (atualmente Cofins) para seu único uso.

Para garantir o financiamento das despesas de proteção social, ampliadas pela adoção da Seguridade Social, os constituintes definiram que o financiamento da Seguridade Social seria realizado “mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios”, e das contribuições sociais dos empregadores (incidentes sobre a folha de salários, o faturamento — Cofins — e o lucro — Contribuição sobre o Lucro Líquido – CSLL), dos trabalhadores e 50% da receita de concursos e prognósticos (loteria). Dizia, ainda, a Constituição que esses recursos da Seguridade Social não integrariam o orçamento da União e sim da Seguridade Social (artigo 195). A incorporação das novas fontes Cofins e CSLL também visava tornar o financiamento menos dependente das variações cíclicas da economia.

Por meio de lei complementar, dispôs-se que 30% dos recursos do OSS deveriam ser destinados ao SUS. A esses recursos, de origem federal, deveriam ser acrescidas, segundo a Constituição, receitas provenientes dos Tesouros Estaduais e Municipais, que viabilizassem a implementação desse sistema. A Constituição de 1988 não definia, entretanto, como seria a participação dos entes federados no financiamento da Seguridade Social. Em 1997, foi criada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), cujos recursos se somaram àqueles definidos na Constituição. Somente em 13 de setembro de 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, estipulando a forma da inserção da União, dos Estados e dos Municípios no financiamento do Sistema Único de Saúde.

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

2. A Saúde Pública e a Dominância do Capital Financeiro⁷

A universalização de direitos e a participação da comunidade na definição das políticas sociais, estabelecidas pela Constituição de 1988, tiveram como princípio fundador a superação do caráter meritocrático e a adoção da cidadania como critério de acesso. A cidadania é facilmente reconhecível na área da saúde. De uma situação em que o serviço público era voltado apenas aos trabalhadores contribuintes do mercado formal, passou-se à garantia do direito para todos.

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

Ao contrário do que ocorreu no período em que a proteção social do Estado de Bem-estar Social europeu e norte-americano se desenvolveu, não era mais o capital industrial que comandava o processo capitalista. É fato que a partir do início dos anos 1980, o ressurgimento do capital produtor de juros era duradouro e que ele determinava as relações econômicas e sociais do capitalismo contemporâneo. “O capital portador de

⁷ Esta parte apóia-se em Marques e Mendes (2007).

juros”, segundo Chesnais (2005), “busca fazer dinheiro sem sair da esfera financeira, sob a forma de juros de empréstimos, de dividendos e outros pagamentos a título da posse de ações e de lucros nascidos da especulação bem sucedida” (p.35).

O domínio do capital portador de juros teve grande impacto sobre o arranjo da proteção social conhecido como Estado de Bem-estar Social e sobre a relação capital/trabalho. Desde o início da crise, os ataques e os questionamentos ao Estado de Bem-estar Social intensificaram-se, não sendo poucos os países que introduziram dispositivos que aumentaram a participação do usuário no custeio das ações e serviços de saúde e limitaram a lista de medicamentos gratuitos, entre outros (MESA-LAGO, 2000).

Nesse mesmo período, o mercado de trabalho apresentava alterações significativas com relação a sua realidade anterior. O desemprego, antes restrito a problemas decorrentes do sistema imperfeito de informações entre a demanda e a oferta (o chamado desemprego friccional), passou a registrar elevadas taxas no mundo desenvolvido.

O capital produtivo, sufocado pela dominação financeira, foi levado a constranger os trabalhadores. A diminuição do custo da força de trabalho passou a ser fundamental, tendo em vista a força do capital portador de juros ao retirar o excedente criado na produção. Segundo Husson (2003), o capital produtivo impôs diminuição dos níveis salariais e defendeu a eliminação dos encargos sociais e a redução substantiva dos impostos, elementos constitutivos do financiamento da proteção social de diversos países.

Na realidade, no momento em que os constituintes brasileiros redigiam a Constituição Cidadão de 1988, o país sentia intensamente os efeitos dos problemáticos contrangimentos decorrentes dessa nova situação mundial já há algum tempo.

A partir de 1982, quando o país recorreu formalmente ao Fundo Monetário Internacional (FMI), às sucessivas cartas de intenções, impondo o cumprimento das condicionalidades deste organismo, passando ainda pelas várias tentativas de controlar o processo inflacionário galopante que acompanhou todo o desenvolvimento da crise da economia brasileira, pelas privatizações das empresas estatais e pelo estímulo à entrada de capitais externos mediante a manutenção de elevada taxa de juros, o que entre outros motivos, tornou a dívida interna um problema; assistiu-se a mudança do Estado

brasileiro. Esse Estado desenvolvimentista, que havia sido elemento-chave do processo de industrialização, investindo em infra-estrutura e criando estatais produtoras de matérias-primas essenciais e que também tinha se preocupado em desenvolver o sistema público de proteção sócia, estava reduzido a poucas funções. A contenção do gasto público, primeira orientação do Consenso de Washington de 1990, dirigida tanto ao combate à inflação como à criação de um superávit primário fiscal, afastou o Estado de suas antigas funções, associadas ao período de desenvolvimentismo, entre 1930 a 1979.

É nesse ambiente de novos constrangimentos para a economia brasileira e de um Estado manietado que a Constituição de 1988 introduziu o conceito de seguridade social e definiu a saúde pública como um direito de todos e um dever do Estado. Ao contrário do que ocorreu quando da universalização da saúde nos países desenvolvidos europeus, o Brasil não mais crescia de forma duradoura, seu Estado estava encolhido em relação a seu passado.

A crise do financiamento do SUS, a partir desse ambiente de dominância financeira, foi explicitada pela adoção de uma política macroeconômica restritiva. Tal política esteve voltada para o cumprimento de metas de inflação e de superávit primário, resultando em montantes insuficientes e indefinidos. Além disso, presenciam-se, tentativas de diminuição dos gastos na saúde e de reduzida participação dos recursos fiscais no financiamento da saúde, em contraposição à destacada participação da fonte de contribuições sociais — mais de dois terços do financiamento total. Não é de estranhar, portanto, que esse esquema do financiamento vem dificultando a efetivação dos princípios do SUS, a universalidade.

3. Os Conflitos na Trajetória do Financiamento do SUS⁸

Para abordar o financiamento do SUS a partir da Constituição de 1988, considera-se importante, antes de tudo, identificar a existência de um duplo movimento em seu caminho, resultado de ação permanente e contraditória de dois princípios que se embricam, embora cada um deles aponte para objetivos específicos⁹. Por um lado,

⁸ Esta parte se beneficia largamente de Mendes (2005). Contudo, seu conteúdo foi ampliado e atualizado.

⁹ A idéia do duplo movimento apóia-se na contribuição de Polanyi (1980 apud FIORI, 1999) quando procura explicar as origens da “grande transformação/crise” que destruíram a civilização liberal do século XIX, entre as duas grandes guerras mundiais do século XX e, ainda, sobre as forças de longo prazo que levaram a surgir, depois dos anos 1930 e das guerras, um novo consenso econômico e político favorável à construção dos Estados do Bem-Estar Social. Para Polanyi, é possível identificar um duplo movimento na história do capitalismo. São eles: o princípio do liberalismo econômico e o princípio da autoproteção

destaca-se o “princípio da construção da universalidade”, que afirma o direito de cidadania às ações e os serviços de saúde, viabilizando o acesso de todos, por meio da defesa permanente de recursos financeiros seguros. De outro lado, identifica-se o princípio da “contenção de gasto”, uma reação defensiva que se articula em torno da defesa da racionalidade econômica, na qual a diminuição das despesas públicas é o instrumento-chave para combater o déficit público, propiciado por uma política fiscal contracionista, e a manutenção de alto superávit primário em todas as esferas de atuação estatal. Entende-se que esse “princípio” está diretamente associado à política econômica desenvolvida pelo governo federal durante os anos 1990 até os primeiros anos de 2000. Entre os vários argumentos na defesa desse princípio, destaca-se aquele que atribui aos direitos introduzidos pela Constituição a forte causa dos desequilíbrios nas contas do governo, provocando o déficit público. Desse modo, decorre a idéia de redução do gasto em saúde e, em consequência, indaga-se sobre qual deveria ser a extensão da cobertura dos serviços realizados pelo SUS.

Essa idéia do duplo movimento no caminho do financiamento do SUS após a Constituição de 1988 não deve ser entendida como se fosse uma seqüência no tempo ou um movimento pendular. Trata-se de um movimento dialético, pois os dois princípios têm raízes materiais e sociais que convivem de forma permanente e contraditória, ao longo do processo de implementação do SUS. A defesa do princípio da construção da universalidade das ações e dos serviços de saúde, que acaba corrigindo a expansão da política econômica ortodoxa, manifesta-se, principalmente, no embate contra os ditames dessa política econômica, por meio da defesa da garantia de recursos financeiros.

3.1 – Os embates por recursos financeiros

Sabe-se que, a situação financeira da área da saúde, ao longo de todos os anos posteriores à Constituição, tem sido orientada por dois determinantes: a preocupação dada à Previdência no interior do orçamento da seguridade social e a política fiscal contracionista implementada pelo governo federal no campo social, decorrente de sua meta de reduzir despesas.

No que diz respeito à relação entre SUS e orçamento da Seguridade Social, verifica-se um embate constante pela disputa de recursos ao longo de todos esses anos.

social. Essa idéia de Polanyi contribui para que se reflita sobre a trajetória de embates políticos e econômicos do financiamento do SUS — ancorado na universalização do direito à saúde.

Tendo em vista os novos direitos introduzidos na área previdenciária, a universalização da saúde e a criação da assistência social como política pública, a Constituição de 1988 preocupou-se em ampliar os recursos por meio de financiamento específico da Seguridade Social, como mencionado na seção 1. Contudo, de 1989 a 2008, os cuidados estabelecidos pelos constituintes foram sendo deixados de lado, não só pela utilização dos recursos em fins distintos à Seguridade Social como também pelo rompimento do próprio conceito de Seguridade¹⁰.

O primeiro enfrentamento verificou-se em 1989 e 1990, quando recursos do então Finsocial não foram totalmente destinados ao financiamento da Seguridade Social. Isto porque esses recursos contribuíram para o financiamento dos encargos previdenciários da União – despesa que não faz parte do orçamento da Seguridade Social. Ainda que a Constituição de 1988 tenha determinado, em suas Disposições Transitórias, que pelo menos 30% do total de recursos da Seguridade Social, com exceção da receita do PIS/PASEP, que é vinculada, deveriam ser destinados à área da saúde, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em fins de 1990, foi possível, ao então Ministério da Previdência Social, reduzir o volume desse repasse. A transferência para o Ministério da Saúde, que representava 33,1% da receita de contribuições, em 1991, passou para apenas 20,9%, em 1992.

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

Além disso, entre 1989 e 1993, houve uma certa especialização das fontes da Seguridade Social: os orçamentos destinaram a maior parte dos recursos do Cofins para a Saúde, da Contribuição sobre o Lucro para a Assistência e das contribuições de

¹⁰ Esse conceito, 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 de seus setores, isto é, Previdência, Saúde ou Assistência.

empregados e empregadores para a Previdência Social. Essa forma de utilizar as fontes de financiamento da Seguridade Social teve consequências, especialmente para a saúde.

Um terceiro e significativo conflito no financiamento do SUS e da Seguridade Social ocorreu em 1994, com a criação do Fundo Social de Emergência (posteriormente denominado por Fundo de Estabilização Fiscal e atualmente por Desvinculação das Receitas da União – DRU). Isso porque ficou definido, entre outros aspectos, que 20% da arrecadação das contribuições sociais seriam desvinculadas de sua finalidade e estariam disponíveis para uso do governo federal.

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

Como forma de encontrar fontes alternativas de recursos, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão de Seguridade Social da Câmara buscaram soluções transitórias por meio da criação, em 1994, do Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF). Na realidade, essa solução veio a vigorar a partir de 1997, sob a denominação de Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF). Neste ano, a participação da CPMF, em bilhões de reais correntes, foi de R\$ 6,7 bilhões, correspondendo a 27,8% do total das fontes do financiamento da saúde. Em 1998, essa participação passou para 37,0% e, em 1999, significou 22,6%. Nesse último ano, essa redução foi proveniente da ausência de arrecadação durante alguns meses (MENDES e MARQUES, 2006). Nos anos seguintes, sua participação em relação ao total das fontes de financiamento recuperou-se, registrando cerca de 30% até 2007, último ano de sua vigência.

O novo volume de recursos da CPMF não significou o volume de recursos esperado, uma vez que Cofins e Contribuição sobre o Lucro Líquido das empresas (pessoa jurídica) foram reduzidas — especialmente em 1997, que passaram a ser transferidas crescentemente para a área previdenciária. Além disso, parte dos recursos da CPMF foi destinada a atividades alheias à saúde, pela desvinculação do Fundo de

Estabilização Fiscal (FEF), de então, e atual DRU. É importante dizer que a DRU já foi ampliada até 2011.

A crise provocada pelo não recebimento do repasse das contribuições, pela diminuição da presença de outras fontes da Seguridade e ainda pela desvinculação da CPMF, Cofins e CSLL teve repercussões no desempenho do gasto federal com saúde, a partir da segunda metade da década de 1990.

No tocante ao gasto líquido com ações e serviços de saúde, excluindo os valores da dívida e de inativos e pensionistas, realizado pelo Ministério da Saúde, em proporção ao Produto Interno Bruto (PIB), no período 1995 e 2008, manteve-se praticamente estabilizado (1,7%), indicando quase nenhum esforço do Ministério (Tabela 1).

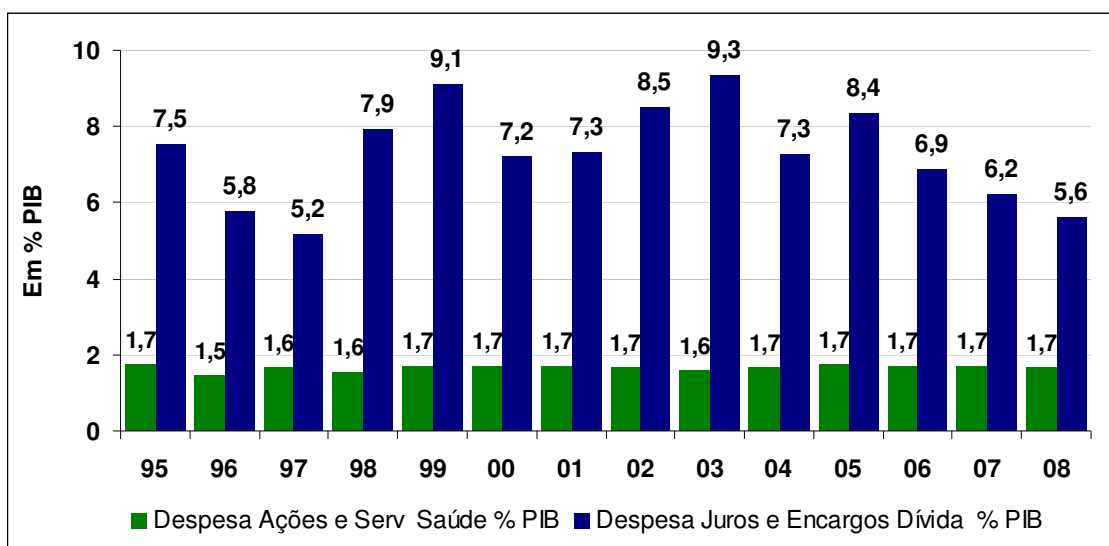
Tabela 1: Despesas com Ações e Serviços de Saúde do Ministério da Saúde para Cumprimento da Emenda Constitucional 29/2000, em proporção ao PIB – 1995-2008

Anos	Empenhado R\$ milhões correntes	PIB R\$ milhões correntes	Despesa em % do PIB
1995	12.212	705.641	1,7
1996	12.407	843.966	1,5
1997	15.464	939.147	1,6
1998	15.245	979.276	1,6
1999	18.353	1.065.000	1,7
2000	20.352	1.179.482	1,7
2001	22.474	1.302.136	1,7
2002	24.737	1.477.822	1,7
2003	27.181	1.699.948	1,6
2004	32.703	1.941.498	1,7
2005	37.146	2.147.239	1,7
2006	40.778	2.369.797	1,7
2007	44.100	2.597.611	1,7
2008	48.670	2.889.719	1,7

Fonte: Cofin/Conselho Nacional de Saúde

O reduzido esforço do gasto em “ações e serviços de saúde” em proporção ao PIB, realizado pelo Ministério da Saúde, pode ser verificado também pelo comprometimento mais significativo do governo federal com o pagamento de Juros e Encargos da Dívida também em proporção ao PIB, conforme indica o gráfico 1.

Gráfico 1: Evolução das despesas com ações e serviços de saúde do Ministério da Saúde e dos Juros da Dívida, ambos em proporção do PIB, em % - 1995 – 2008.



Fonte: Cofin/CNS; Banco Central do Brasil

Tem-se, então, que a política econômica ortodoxa em vigor, no período, tende a sacrificar os gastos sociais, como os voltados para a saúde pública, sem diminuir o ônus financeiro da dívida. Nota-se que, em 1995, foram gastos em proporção ao PIB, cerca de 7,5% com juros da dívida e somente 1,7% com ações e serviços de saúde. Passada uma década, a discrepância entre esses gastos em proporção ao PIB se mantém. Registre-se: em 2008, 5,9% e 1,7%, respectivamente (Gráfico 1).

É importante frisar que, principalmente a partir de 1995 se tornou mais clara a adoção de um conjunto de iniciativas voltadas ao ajustamento das finanças públicas. Na maior parte das vezes, as medidas implementadas direcionaram-se para a intrínseca relação que a lógica financeira passa a ter dentro do próprio aparelho do Estado. Como mencionado na seção 1, a financeirização torna-se parte do Estado e este um instrumento para sua difusão e valorização do capital financeiro, reduzindo drasticamente os gastos na área da saúde.

Embora o País atravessasse um período de retração econômica, com reflexos negativos no mercado de trabalho, essa situação não tem provocado impacto negativo nas contas da Seguridade Social ao longo dos anos 2000. Logo após o penoso quadro financeiro da década de 1990, caso fosse respeitado pelo governo federal o conceito de Seguridade Social definido na Constituição de 1988 e não fosse utilizado o mecanismo de desvinculação dos 20% do antigo Fundo de Estabilização Fiscal e atual DRU, o orçamento da Seguridade contaria com superávits significativos, sendo R\$ 27,3 bilhões, em 2000, e R\$ 60,9 bilhões, em 2007, todos em valores correntes. Esses recursos

excedentes, segundo a Associação Nacional dos Fiscais da Previdência, foram alocados no pagamento de gastos fiscais ou contabilizados diretamente no cálculo do superávit primário (ANFIP, 2008).

Esse resultado positivo não alterou a posição do governo federal, que durante todos esses anos, manteve acesa a idéia de defesa do déficit da Previdência, desconsiderando assim a sua vinculação ao orçamento da Seguridade Social. Interessante observar que essa atitude contribuiu para a aprovação de reformas na Previdência, seja no governo FHC como no governo Lula (MARQUES e MENDES, 2005).

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

A primeira Proposta de Emenda Constitucional (PEC 169), de autoria dos Deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires, foi formulada em 1993, quando o Ministério da Saúde solicitou o primeiro empréstimo junto ao FAT. Depois disso, várias outras propostas de vinculação foram elaboradas e discutidas no Congresso Nacional, mas nenhuma delas sustentava a idéia original de vinculação tanto no âmbito das contribuições sociais (30%) como no orçamento de cada nível de governo. A última proposta de vinculação dos recursos para a saúde restringiu-se aos recursos orçamentários da União, dos Estados e municípios, materializando-se na EC 29.

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

Pode-se perceber, portanto, que essas disputas por recursos, foram presentes antes e após o estabelecimento da EC 29. Como mencionado anteriormente, a luta do SUS por recursos já vem de longo período, podendo seu primeiro conflito ser situado em 1993. Para os objetivos deste texto, no entanto, o importante é assinalar aquelas situações em que os constrangimentos econômicos, especialmente os derivados do esforço da lógica da política econômica dos governos após o Plano Real, refletiram-se em ações que resultariam em menor disponibilidade de recursos para a saúde pública. Reconhecer o sentido das reformas econômicas e sociais implantadas nesse período, particularmente no governo Lula, torna-se fundamental para evidenciar as fragilidades do esquema de financiamento das políticas sociais, em destaque a área da saúde pública.

3.2 – A política econômica e seus efeitos no financiamento do SUS

A política macroeconômica dos governos Fernando Henrique Cardoso, e mais recentemente a do governo Lula, veio determinando as frágeis condições de financiamento do SUS. Sabe-se que o cumprimento das metas de inflação e de superávit primário resultaram em tentativas de diminuição dos gastos públicos e em contingenciamentos na Saúde.

Em relação à saúde pública, importante é destacar as situações nas quais os constrangimentos econômicos dados pela política macroeconômica do governo Lula, especialmente os derivados do esforço de realização do superávit primário, refletiram-se em ações que resultariam em menor disponibilidade de recursos para essa área. As três situações a seguir descritas e analisadas referem-se, no entanto, praticamente ao âmbito federal, muito embora eventos semelhantes tenham ocorrido nas demais esferas de governo. Ainda, cabe comentar, mais adiante, os problemas que se apresentam na proposta de reforma tributária do Governo Lula, em tramitação no Congresso Nacional, rompendo com as fontes exclusivas do financiamento da Seguridade Social.

Na realidade, a sociedade brasileira tem presenciado uma situação em que a área social, especialmente a da saúde pública, ao manter-se refém das metas e orientações da política macroeconômicas, sofre avanços sobre seus recursos que podem estar prejudicando a construção da universalidade nas ações e serviços de saúde.

1. A ausência de cumprimento do conceito de ações e serviços de saúde na União, nos estados e nos municípios.

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

O mesmo não se conseguiu evitar no caso dos estados. Alguns deles, para cumprirem o disposto na Emenda Constitucional 29, incluíram indevidamente como despesas em ações e serviços de saúde os gastos com inativos da área da saúde, empresas de saneamento, habitação urbana, recursos hídricos, merenda escolar, alimentação de presos e hospitais de “clientela fechada” (como hospitais de servidores estaduais). Esses registros indevidos ocorreram apesar de anteriormente terem sido estabelecidos parâmetros que definiam quais ações e serviços poderiam ser considerados como gastos SUS. Esses parâmetros foram acordados entre o Ministério da Saúde, os estados e seus tribunais de contas¹¹.

Em alguns municípios o mesmo ocorreu, sendo o gasto com inativos da área da saúde e outros itens entendidos como despesa com saúde e o percentual de 12%, para os estados, e 15%, para os municípios, estabelecidos na EC 29 como os mínimos a serem aplicados, exatamente os percentuais a serem utilizados, mesmo que as necessidades exigissem gastos maiores.

2 - Tentativas na diminuição do orçamento do Ministério da Saúde

A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) para o orçamento de 2004 previa que os encargos previdenciários da União (EPU), o serviço da dívida e os recursos alocados no Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza fossem contabilizados como gastos SUS do Ministério da Saúde. Contudo, a forte reação contrária do Conselho Nacional de Saúde e da Frente Parlamentar da Saúde determinou que o Poder Executivo enviasse mensagem ao Congresso Nacional estabelecendo que, para efeito das ações em saúde, seriam deduzidos o EPU e o serviço da dívida. Em relação ao Fundo da Pobreza a

¹¹ Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde, de 8 de maio de 2003, homologada pelo Ministro da Saúde.

mensagem era omissa. Essa omissão resultaria na redução de R\$ 3,5 bilhões no orçamento SUS do Ministério da Saúde.

Apesar de diversos e intensos debates teriam ocorrido entre entidades vinculadas ao SUS e o Ministério do Planejamento, nada foi modificado sobre essa questão. Somente após o parecer do Ministério Público Federal, contrariando a decisão presidencial, sob pena do orçamento aprovado vir a ser considerado inconstitucional, o governo recuou. Foi assim que a Lei nº 10.777, de 25 de novembro de 2003, contempla, no parágrafo segundo do artigo 59, que o EPU, o serviço da dívida e as despesas do MS com o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza não fossem considerados como ações e serviços públicos de saúde.

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

3 - A vinculação de recursos da EC 29 como preocupação da área econômica.

Em fins de 2003, o governo federal encaminhou documento referente ao novo acordo com o Fundo Monetário Internacional¹², comunicando sua intenção em preparar um estudo sobre as implicações das vinculações constitucionais das despesas sociais — saúde e educação — sobre as receitas dos orçamentos da União, dos estados ou dos municípios. A justificativa apoiava-se na idéia de que a flexibilização da alocação dos recursos públicos poderia assegurar uma trajetória de crescimento ao País (Ministério da Fazenda, 2004, p. 3). No âmbito do SUS, a intenção do governo era tirar do MS a obrigação de gastar, em relação ao ano anterior, valor igual acrescido da variação nominal do PIB; dos estados, 12% de sua receita de impostos, compreendidas as transferências constitucionais; e, dos municípios, 15%, tal como define a EC 29.

¹² O documento referente ao novo acordo com o FMI é dirigido ao seu diretor executivo, Köhler (Ministério da Fazenda, 2004).

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

Dentre os principais itens do projeto de regulamentação da EC 29, destacam-se dois deles: 1 - a modificação da base de cálculo para a vinculação dos recursos da União, passando do valor apurado no ano anterior corrigido pela variação do PIB nominal para 10%, no mínimo, da sua Receita Corrente Bruta. 2 - o PLP 01/2003 trata da definição das despesas que devem ser consideradas como ações e serviços de saúde e daquelas que não se enquadram nesse conceito. A forma de onerar do SUS vem se agravando a partir de outros setores dos governos federal e estaduais, às custas da inclusão nos Fundos de Saúde de gastos como o Bolsa-Família na União, e o saneamento, alimentação, planos privados de servidores, pagamento de inativos e outros nos Estados. Segundo Santos (2007), referem-se às famigeradas “caronas”.

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

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

A CPMF surgiu para ser utilizada exclusivamente pela Saúde. Mas no primeiro ano de sua vigência, como mencionado na seção 1 deste artigo, o aporte de recursos na área foi acompanhado pela diminuição da participação da Cofins e da CSLL. Isso

somente foi possível porque o governo federal poderia dispor de 20% da receita da Seguridade Social mediante a atual DRU.

É preciso considerar que, além do Senado ter aprovado a continuidade da DRU, a extinção da CPMF prejudica de forma considerável a Saúde. Não só o SUS não conta com os recursos dela originada, como não foi definido qual seria a fonte que iria substituí-la. Em 2007, a receita da CPMF correspondeu a R\$ 36,4 bilhões, sendo que cerca de 40,0% foram destinados à Saúde. Sem a CPMF e se consideramos constante essa participação, a Saúde corre o risco de perder R\$ 16 bilhões, pois essa perda ocorre num cenário de não definição das fontes de seu financiamento, seja via contribuições, seja via impostos.

Diante da relevância do problemático financiamento do SUS, cabe salientar que ainda em 2008, essa situação permanece sem resolução. Isso porque, em abril desse mesmo ano, o projeto similar ao PLP nº 01/2003 da Câmara, no Senado — PLS nº 121/2007 —, foi aprovado com modificações importantes. A fórmula de cálculo para aplicação do governo federal, de no mínimo de 10% da receita corrente bruta, foi alterada por meio da criação de um escalonamento. Isso significa que, em 2008, seriam aplicados 8,5% dessa receita, passando para 9%, em 2009, 9,5%, em 2010, e 10%, em 2011. Esse projeto de regulamentação da EC 29 aprovado em abril no Senado foi para a sua aprovação na Câmara, sob uma nova denominação — PLP 306/2008. Por meio dele, devem ser elevados os recursos para a Saúde dos R\$ 48,5 bilhões previstos no Orçamento de 2008 para R\$ 58,4 bilhões. Até 2011, os recursos extras seriam de mais de R\$ 20 bilhões anuais. Sabe-se que a sua aprovação não conta com o interesse da área econômica do governo e, neste sentido, todo esforço para o seu bloqueio deverá ser realizado.

3.3 Os riscos da Proposta de Reforma Tributária do Governo Lula para a Seguridade Social e o SUS

Após a derrota da CPMF e a conseqüente subtração de recursos para a Seguridade Social e o SUS, outro movimento contrário aparece no cenário do financiamento dessas áreas: a proposta de Reforma Tributária (PEC 233/2008) do governo Lula. Tal PEC encontra-se na Câmara dos Deputados para ser votada em plenário, a qualquer momento, tendo sido aprovada por todas as comissões dessa casa legislativa.

Torna-se importante dizer, em primeiro plano, que essa proposta ameaça os direitos sociais da Constituição de 1988, particularmente sobre o sistema da Seguridade Social, uma vez que subtrai recursos e rompe com as conquistas sociais, atualmente protegidas pelo artigo 195 da Constituição de 1988. O prejuízo não é exclusivo para as políticas da Seguridade Social, previdência, saúde e assistência social, mas também para as áreas de educação e trabalho.

A reforma simplifica o sistema por meio de uma consolidação tributária. No âmbito da União, essa reforma agrega impostos e extingue contribuições sociais e econômicas que possuem semelhanças em sua base de incidência. Em nível dos estados, a emenda constitucional propõe que o imposto sobre circulação de produtos e serviços (ICMS), passe a ser de competência conjunta dos Estados, reduzindo a autonomia da administração tributária das unidades federadas e inibindo a guerra fiscal hoje existente.

Com a idéia de simplificação dos tributos federais, o governo espera conseguir: uma maior facilidade na desoneração dos investimentos produtivos; uma desoneração da folha de salários; e uma redução do efeito cumulativo da incidência dos diversos tributos nas várias etapas do processo de produção e circulação de bens e serviços. Três são as justificativas para esses alcances: 1- importância para um modelo de desenvolvimento; 2 – garantia para a formalização da mão-de-obra; 3 – condição importante para reduzir a concorrência predatória das importações¹³.

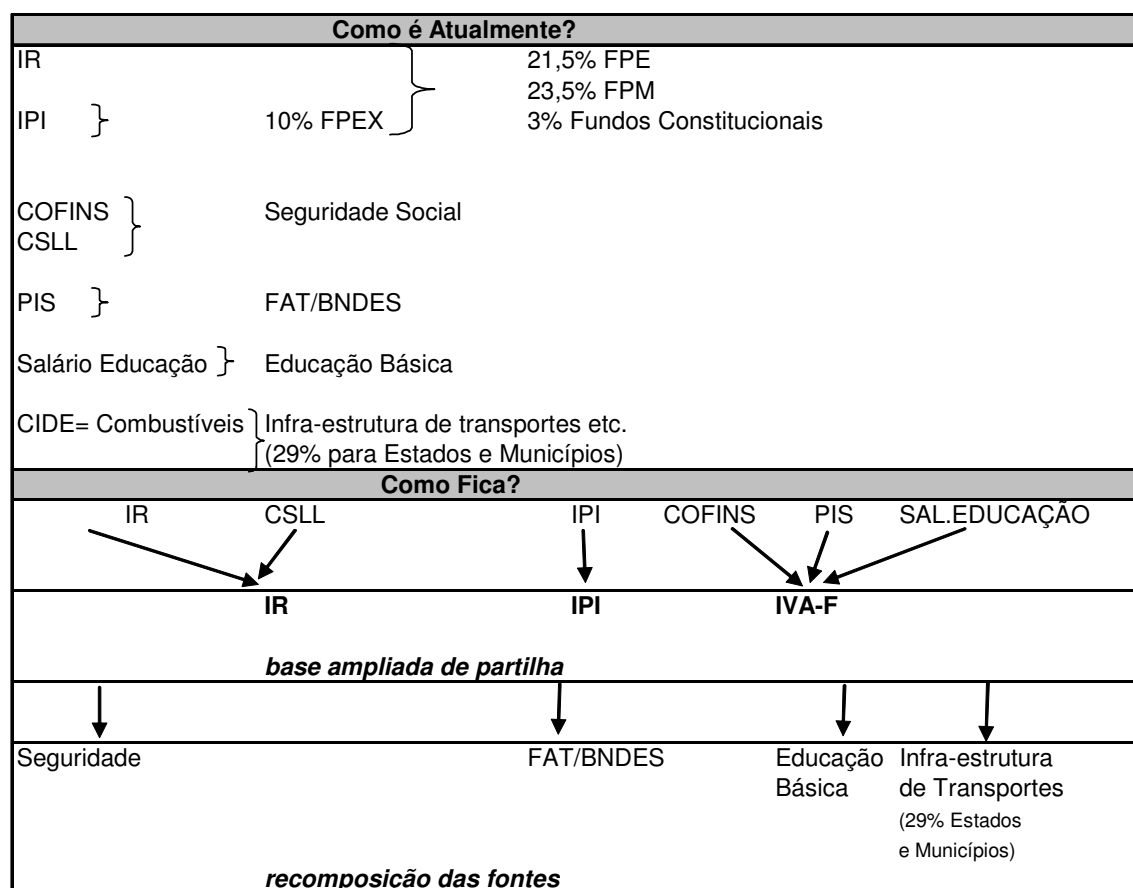
A proposta também altera os dispositivos em relação aos fundos regionais de financiamento do setor produtivo. Como forma de manter a prioridade para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, os fundos serão unificados com abrangência nacional, com o total de recursos envolvidos ampliados e utilizados de acordo com as diretrizes de uma política de desenvolvimento regional. O governo tem a pretensão que o gerenciamento desses recursos, e não a guerra fiscal seja o principal elemento de atração dos investimentos privados para o combate às desigualdades regionais.

No que diz respeito às contribuições sociais, são extintas o PIS, a Cofins e a Contribuição para o Salário Educação, criando o IVA-Federal (Imposto sobre valor Adicionado). Já as contribuições CSLL e o Imposto de Renda são unificados, criando o IR mais amplo. Todas as destinações e entregas de recursos seguem uma mesma base

¹³ Para o entendimento mais completo de todo o conteúdo da Proposta de Reforma Tributária, ver site www.nossareformatributaria.com.br.

ampla de cálculo (IR + IPI + IVA-F). Assim, será utilizada a mesma base de partilha como referência para a Seguridade Social, FPE (Fundo de Participação dos Estados), FPM (dos municípios), etc. Municípios e estados vão receber sobre a base ampla de partilha dos fundos (FPE/FPM). O quadro 1 apresenta a situação dos impostos e contribuições de como se apresenta até o momento, e de como ficará com a introdução da reforma.

Quadro 1: Como é atualmente e como ficará a situação dos impostos e contribuições sociais com a PEC 233 da Reforma Tributária.



Fonte: www.nossareformatributaria.com.br

A PEC da reforma tributária não aponta para a construção de um sistema tributário progressivo, pautado pela tributação da renda e do patrimônio. Além disso, a implicação mais importante da reforma tributária diz respeito ao financiamento da seguridade social, do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) e da educação básica (Salário-Educação). Os três tributos mais relevantes para a Seguridade Social serão alterados. A Cofins e a CSLL serão extintas e haverá desoneração da contribuição patronal sobre a folha de pagamento, por meio de legislação específica, após as

alterações constitucionais. Para a Seguridade Social passam a ser destinados 39,7%¹⁴ do produto de arrecadação dos impostos sobre renda (IR), produtos industrializados (IPI) e operações com bens e prestações de serviços (IVA-F). Esse percentual é correspondente a proporção entre a arrecadação da Cofins e da CSLL e a receita arrecadada, em 2006, com IR, CSLL, COFINS, PIS, CIDE, Salário-Educação e IPI.

Essa modificação significativa constitui-se no sepultamento da diversidade das bases de financiamento da seguridade social. A partir da reforma, restarão inscritos no art. 195 da Constituição Federal, como base de financiamento da Seguridade Social, a contribuição sobre a folha de salários, a contribuição do trabalhador para a previdência social e a receita de concursos e prognósticos, sendo que a contribuição sobre folha de pagamento deverá ser reduzida ao longo dos próximos anos. Dessa forma, a idéia de Orçamento da Seguridade Social diversificado em fontes de financiamentos voltará a situação anterior a da Constituição Federal. Assim, haverá perda da exclusividade de recursos para a seguridade social, que terá seu financiamento fragilizado, dependendo de uma partilha do IVA-F e da arrecadação das contribuições previdenciárias. Sabe-se que as disputas entre as áreas econômicas e sociais no interior do orçamento são históricas e constituem um problema sempre maior às segundas.

Este projeto de Reforma Tributária, no momento da crise estrutural do capitalismo, pode congelar uma situação tributária desfavorável ao sistema de proteção social brasileiro (seguridade social mais educação e trabalho). Essa reforma retira as receitas próprias e específicas da área da proteção social e a coloca dependente de um conjunto de receitas concorrentes com as receitas de transferências municipais (FPM) e estaduais (FPE). Pode-se dizer que tal alteração configura-se um retrocesso, na medida em que a criação das Contribuições Sociais, assim como do Orçamento da Seguridade Social, buscou resguardar a área social, historicamente prejudicada pela disputa de recursos intra-orçamentária.

Por seu turno, é importante lembrar que as contribuições têm características específicas, uma vez que dispõem de um menor prazo de aplicação quando criadas e de alíquotas variadas. A CSLL das pessoas jurídicas, por exemplo, tem uma alíquota própria para os bancos, o que não é possível aos impostos que só podem ter alíquotas

¹⁴ Esse percentual foi comunicado pelo relator da reforma tributária, Deputado Sandro Mabel, quando da apresentação de seu substitutivo em Seminário realizado no Centro de Extensão Universitária, em São Paulo, em 13 de março de 2009.

sem diferenciação por atividade ou setor econômico. Ainda, cabe frisar que as contribuições sociais, podem ser regressivas na cobrança, mas na alocação para as políticas sociais garantem o princípio de justiça. Por fim, constitucionalmente, essas fontes são diferentes dos impostos, podendo ser majoradas sempre que solicitadas, até mesmo no próprio ano; caracterizando seu caráter emergencial para o apoio de políticas sociais, podendo também ser diferenciadas para as empresas, por ramo ou setor de atividade, por porte, pelo uso intensivo de mão-de-obra, e outros.

Convém lembrar que a desoneração progressiva da Contribuição de Empregados e Empregadores sobre a Folha de Salários tem estimativas de redução em cerca de R\$ 20 bilhões, sem que haja indicação da fonte que a compensará. Essa alteração poderá comprometer o equilíbrio das contas previdenciárias, permitindo que apareçam propostas que restrinjam direitos¹⁵.

Por fim, a reforma tributária propõe alterações no artigo 76 do Ato das Disposições Constitucionais, garantindo a continuidade da DRU até 31/12/2011. Em 2008, esse mecanismo retirou R\$ 39,0 bilhões da Seguridade Social, com a finalidade de garantir a meta de superávit primário. A reforma perde a oportunidade de extingui-la, dado que há muito vem prejudicando o financiamento da seguridade social. Sua manutenção pode provocar o risco de implantação de Desvinculação de Receita dos Estados (DRE) e até mesmo de Desvinculação de Receitas Municipais, prejudicando enormemente os gastos com saúde dessas esferas de governo.

Essa proposta de reforma tributária requer profunda reflexão de todos. Entende-se que ela não pode ser submetida à votação em plenário da Câmara dos Deputados, sem as devidas alterações em relação à manutenção do financiamento da seguridade tal como preconizado pela Constituição de 1988. Ainda, é importante garantir que essa reforma reforce a construção de medidas que expanda o papel do governo no resgate à economia e a sociedade debilitadas nessa crise atual do capitalismo, por meio do apoio aos recursos específicos da proteção social.

Considerações Finais

Diante da predominância de políticas econômicas neoliberais adotadas pelos governos FHC e Lula, em consonância com a atual fase de dominação financeira do

¹⁵ Ver Carta em Defesa dos Direitos Sociais Básicos sob Ameaça na Reforma Tributária. Disponível em: www.cebes.org.br

capitalismo, a trajetória do financiamento da Seguridade Social em geral e do SUS, em particular, tem sido consideravelmente complicada. Não foi à toa que o tema do financiamento foi destaque na agenda de problemas no âmbito da saúde pública ao longo dos anos 1990 e 2000. Observa-se que, ao mesmo tempo em que se implanta o SUS, com base nos princípios de um sistema público e universal, não se percebe melhoria na situação econômica, agravando a crise fiscal e financeira do Estado e levando a que os governos federais limitassem o aporte de recursos para a Seguridade Social e para a saúde.

O entrave para o financiamento da saúde pública é que mesmo com a vigência da Emenda Constitucional 29 assiste-se ao descumprimento da aplicação dos recursos da União e de grande parte dos Estados, aprofundando o seu frágil esquema. Tanto as manobras do primeiro governo Lula, em incluir itens que não se associam ao conceito de saúde universal como atividades do Ministério da Saúde, bem como a recorrente tentativa de propor a desvinculação dos recursos destinados à essa área, indicam que o seu segundo governo não tem muita disposição em aumentar sua participação no gasto com saúde. Acrescente-se a esses aspectos a recente proposta de reforma tributária que traz graves consequências ao financiamento das políticas sociais, ameaçando de forma substancial as fontes exclusivas que dão suporte às políticas de Seguridade Social.

As possibilidades de valorização do financiamento do SUS podem ser alcançadas por outros percursos. É claro que a opção do projeto do governo federal deveria ser em outra direção. Isso porque os novos compromissos deveriam estar condicionados à busca de uma proteção ao desenvolvimento econômico e social do país, principalmente em tempos de crise estrutural do capitalismo, na sua fase de dominação financeira.

Referências Bibliográficas

- ANFIP. “Análise da Seguridade Social 2007”. Brasília: Associação Nacional dos Fiscais da Previdência, 2008. Disponível em www.anfip.org.br. Acesso em 10/3/2009.
- CHESNAIS, F. "O capital portador de juros: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos", In Chesnais F (Org.). *A finança mundializada, raízes sociais e políticas, configuração, consequências*. São Paulo, Boitempo, 2005.
- DRAIBE, Sônia Miriam. As políticas sociais nos anos 90. In: BAUMANN, R. (Org.). *Brasil: uma década em transição*. Rio de Janeiro: Campus, 1999.
- FIORI, José Luís. Estados, moedas e desenvolvimento. In: FIORI, J. L. (Org.). *Estados e moedas e desenvolvimento das nações*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

- HUSSON, M. *Les casseurs de l'État social: des retraites à la sécu, la grande démolition*. Paris: Découverte, 2003.
- MARQUES, Rosa. *O financiamento do sistema público de saúde brasileiro*. Santiago: Cepal, 82, 1999. (Série Financiamiento del Desarrollo).
- MARQUES, Rosa; MENDES, Áquilas. “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.
- ____; _____. Democracia, Saúde Pública e Universalidade: o difícil caminhar. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.16, n.3, p.35-51, 2007.
- MARX, Karl. *El Capital*. Crítica de la Economía Política. México: Fondo de Cultura Económica, 1987, vol.3.
- MENDES, Áquilas. *Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995–2001)*. Tese (Doutorado)– Instituto de Economia Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2005. 422 p.
- MESA-LAGO, C. *Desarrollo social, reforma del estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI*. Santiago do Chile: ONU: Cepal, 2000.
- MINISTÉRIO DA FAZENDA. *Carta de intenção referente ao novo acordo*. Disponível em: <<http://www.fazenda.gov.br>>. Acesso em: dez.2004.
- SANTOS, Nelson R. “Regulamentação do Financiamento do Sistema Único de Saúde (Da E.C. Nº 29): por que debater e aprovar já”. Campinas, abril de 2007. Mimeo.