

O FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE NO BRASIL: EM BUSCA DA ESTABILIDADE PARA GARANTIA DA CIDADANIA NO SUS

Autores

Maria Roselene b Costa

Orientador

Lineu Carlos Maffezoli

1. Introdução

O trabalho discute a questão da dificuldade do setor Saúde em obter fontes estáveis de financiamento, especificamente no período após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que consagrou o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS).

Relaciona ainda as principais propostas alternativas que foram apresentadas para tentar preservar e aumentar os recursos dessa área social tão crítica da Seguridade Social.

2. Objetivos

Descrever as principais fontes de financiamento para o setor Saúde no Brasil, bem como discutir a necessidade de fontes estáveis para que a cidadania possa ser garantida de fato no interior do SUS.

3. Desenvolvimento

1. Fontes de Financiamento e propostas de recursos para o setor da Saúde

No Brasil, o direito à saúde é garantido a todos os cidadãos, indiscriminadamente, através do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que determina que a saúde é um 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, 1988).

Para oferecer condições ao exercício desse direito, o texto constitucional consagrou o Sistema Único de Saúde (SUS), que deveria ser financiado por toda a sociedade, direta ou indiretamente, através de receitas públicas originadas de tributos da União, do Distrito Federal

Anteriormente à promulgação da Constituição reformada, o Ministério da Saúde era financiado principalmente com recursos do Orçamento Fiscal (e dos fundos "extrafiscais" como o Finsocial), após passou a ser financiado principalmente pelos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS).

Os aportes do OSS basicamente provêm de recursos tributários e fiscais: Contribuição sobre Folha de Salários (após 1993, esse recurso passou a ser destinado a financiar exclusivamente à Previdência Social, como será visto mais adiante), Contribuição para o Financiamento da Seguridade (COFINS), Contribuição Social sobre Lucro Líquido (CSLL) e Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

A Seguridade Social compreende as ações integradas dos poderes públicos e da sociedade para que sejam assegurados os direitos de saúde, previdência social e assistência social. Portanto, os recursos arrecadados são destinados ao custeio dessas três áreas.

Embora o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) tivesse estabelecido em seu artigo 55 que até que fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), trinta por cento, no mínimo, do OSS, excluído o seguro-desemprego, seriam destinados ao setor de saúde (BRASIL, 1988); não ficou definida nenhuma fonte exclusiva para financiar o setor saúde, nem a porcentagem dos recursos que deveria ser destinada a cada uma das áreas da Seguridade.

Na prática, o dispositivo do ADCT não se mostrou eficiente, pois nas sucessivas LDOs foram incluídos itens de despesas da Saúde como gastos com pagamentos de inativos (Encargos Previdenciários da União - EPU), amortização dos serviços da dívida contraída pelo Ministério da Saúde, que embora sejam gastos realizados pelo MS não podem ser considerados gastos com saúde. Desse modo, os recursos anuais disponíveis para a execução de ações e serviços com saúde eram sempre menores que o orçamento total previsto na LDO.

Outro agravante dessa lei orçamentária é que ela possui apenas caráter autorizativo, o que não implica obrigação. Nesse caso, se houver a receita disponível o Poder Executivo está autorizado a efetuar o dispêndio, se não o fizer, conforme o previsto no orçamento global, não significa infração da lei.

Neste contexto, crise do financiamento da saúde se tornou explícita, particularmente a partir de 1993, quando um acordo selado entre os ministros da Fazenda e da Previdência (Fernando Henrique Cardoso e Antonio Brito, respectivamente) reteve a contribuição sobre folhas de salários, como fonte exclusiva de financiamento da Previdência.

O setor da saúde foi visivelmente comprometido, trazendo à baila novos debates sobre a necessidade de se estabelecer fontes estáveis para o financiamento da saúde pública.

Esse episódio, acrescido da ampliação da discussão sobre a possibilidade de uma reforma tributária no país, levou alguns deputados a se mobilizarem para tentar aprovar no Congresso Nacional projetos de alteração da legislação, as Propostas de Emenda Constitucional (PECs), que buscavam assegurar maior aporte de recursos para a saúde.

Em 1993, a PEC 169-A/93, de autoria dos deputados Eduardo Jorge (PT/SP) e Waldir Pires (PDT/BA), propunha que no mínimo 30% das receitas das contribuições sociais que compõe o OSS e 10% dos recursos fiscais da União, fossem aplicados na implementação do SUS. Os estados e municípios deveriam destinar à área da saúde nunca menos do que 10% de suas receitas.

Outra proposta de destaque é a do deputado José Aristodemo Pinotti (PMDB/SP), que propunha o financiamento da saúde com recursos equivalentes sempre a 5% do Produto Interno Bruto do ano anterior.

Já a PEC 82-A/95, elaborada pelo deputado Carlos Mosconi (PSDB/MG), sugeria que os recursos da Cofins e da CslI fossem destinados integralmente à saúde.

Os debates sobre a insuficiência dos recursos para financiar a saúde se intensificavam, mas não ia a plenário no Congresso, pois o apoio para contar com sua aprovação era ainda bastante incerto.

Isto só aconteceu em 1999 quando uma turma de novos Deputados assumiu e, juntando-se aos reeleitos, fizeram uma fileira serrada, supra e pluripartidária em defesa de mais recursos para a saúde (CARVALHO, 2000).

No mesmo ano ocorreu o anúncio do Conselho Nacional de Seguridade Social, reajustando a tabela de procedimentos do SUS na ordem 90%, sendo 50% de imediato e linear e 40% diferenciadamente.

Ao tentar cumprir essa exigência, o então Ministro da Saúde José Serra deparou-se com uma acentuada restrição no orçamento da saúde, agravada ainda mais pelas metas do ajuste fiscal do Governo Federal, recém-acordadas com o Fundo Monetário Internacional.

Sendo indicado como um forte candidato à sucessão de Fernando Henrique Cardoso na presidência, era necessário que Serra resolvesse as questões mais urgentes da saúde, para destacar sua imagem junto à mídia (COSTA, 2002), o que levou o ministro a enfrentar o problema via tentativa de aprovação das PECs, formulada na primeira metade da década.

Após mobilizar o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Saúde (CNS), Serra conseguiu fazer a pressão necessária para que em fosse aprovada no Senado a PEC 86-A, promulgada como Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC nº 29).

A EC-29, na verdade foi uma aglutinação das propostas dos deputados Eduardo Jorge e Mosconi, onde foram modificadas ambas as PECs.

Apesar da emenda definir claramente a participação dos estados e municípios no financiamento da saúde, deixou bastante obscura a participação da União. Pela emenda aprovada, já no ano 2000 a União teria que agregar 5% a mais ao Orçamento da Saúde com base no empenhado em 1999, ficando o reajuste dos anos posteriores atrelado à variação nominal do Produto Interno Bruto (correção da inflação somado ao crescimento real do PIB) do ano anterior. Os estados teriam que gastar, no mínimo, 7% dos seus orçamentos próprios com saúde, sendo que o percentual chegaria a 12% até 2004, os municípios comprometeriam 7% de suas contas, chegando a 15% também em 2004.

Na prática, o aumento de recursos não aconteceu. O Ministério da Fazenda obteve pareceres jurídicos da Fazenda e da Advocacia Geral da União, que entendiam que o "ano anterior" expresso na EC-29 era o de 1999, passando utilizá-lo como base fixa para todos os anos posteriores, até 2004. Sendo assim, os cálculos

foram afetados, pois o dispêndio de 1999 foi inferior ao do ano 2000. A diferença entre o cálculo previsto na EC-29 e o cálculo realizado pelo Governo é o seguinte:

Governo

2001 = base fixa (1999 + 5%) + variação PIB 2000

2002 = base fixa + variação do PIB 2000 + variação do PIB 2001

2003 = base fixa + variação do PIB 2000, 2001 e 2002

e assim sucessivamente.

EC-29:

2001 = empenhado em 2000 + variação do PIB 2000

2002 = empenhado em 2001 + variação do PIB 2001

2003 = empenhado em 2002 + variação do PIB 2002

2004 = empenhado em 2004 + variação do PIB 2004

A EC-29 proíbe ainda, a inclusão de todos outros gastos extra-SUS, mas o Governo também defendeu a manutenção dessas despesas como ações e serviços de saúde, o que reduziu consideravelmente os recursos efetivamente disponíveis.

Esses erros de interpretação e inconstitucionalidade do cumprimento da EC-29 causaram uma reação unificada entre os órgãos que defendem a estabilidade de financiamento na saúde no Brasil. Sob constante pressão política conseguiram que a LDO de 2004, pelo parágrafo 2º do artigo 59, impedisse a inclusão dessas rubricas no orçamento da Saúde. Mesmo esse parágrafo já tendo sido vetado pelo presidente Lula, a mobilização das forças sociais conseguiu que o veto não vigorasse, impedindo a perda imediata de R\$ 3,5 bilhões para ano de 2004 e que, segundo especialistas, poderia chegar a uma perda média no valor de R\$ 20 bilhões ao final de 2006 (VASCONCELOS, 2004).

4. Resultados

Em síntese, as alterações feitas nas Pecs, pelas autoridades econômicas do governo FHC, conseguiram deturpar o objetivo principal dessas propostas, que era oferecer uma solução para amenizar a precariedade e instabilidade do financiamento para a saúde.

Se a finalidade da PEC era garantir maior volume de recursos para a saúde, nesse caso a União deveria ser a maior responsável, pois essa é a única esfera de governo que arrecada contribuições sociais para garantir a seguridade social.

Embora a EC nº 29 tenha garantido um orçamento mínimo obrigatório, federal, estadual e municipal, o peso maior acabou recaindo sobre os estados e municípios, que foram obrigados a aumentar sua participação nos investimentos em saúde retirando recursos de suas receitas próprias, já que não possuem poder de determinar sua arrecadação (MAFFEZOLI, 2001; CARVALHO, 2000).

Portanto, mesmo com a aprovação da emenda que teoricamente deveria assegurar um volume adequado à saúde, permaneceram as dificuldades de aumentar as disponibilidades líquidas do MS.

Mesmo a CPMF que foi agregada a partir de 1997, em função do empenho pessoal do Ministro da Saúde Adib Jatene, que travara um embate com os setores econômicos do primeiro governo FHC, cujos principais opositores à criação do novo imposto foram os Ministros Pedro Malan, da Fazenda e José Serra, do Planejamento.

Apesar dos entraves, em 22 de outubro de 1996 foi aprovada a Lei nº 9311/96, que regulamentou a CPMF.

Embora tenha sido criada com a finalidade de custear a saúde pública, a CPMF frustrou as expectativas de incrementar os recursos setoriais, à medida que proporcionou a redução da participação de outras fontes que financiam o setor.

Em suma, em todo período pós – Constituição de 1988, o principal aspecto observado na saúde pública é que o SUS apesar de ter garantido a cidadania para milhões de brasileiros que anteriormente eram excluídos do sistema de saúde, não veio acompanhado das fontes de financiamento necessárias para consolidar seu princípios básicos, a saber: universalidade do acesso, integralidade da atenção, descentralização e equidade.

Este fato ainda hoje constitui um dilema de difícil resolução para os formuladores de políticas públicas de saúde no país.

5. Considerações Finais

Os Governos que se sucederam após a promulgação da Constituição de 1988, não foram capazes de consolidar um sistema de saúde verdadeiramente equânime. Foi visível a retração do Governo Federal em termos do comprometimento com as áreas sociais, particularmente a da saúde.

É inegável que as propostas do SUS defrontaram-se com as limitações impostas pelo severo ajuste fiscal em busca da estabilidade macroeconômica, exigida pelo Fundo Monetário Internacional .

Desse modo, as fontes de financiamento para a saúde foram insuficientes em toda a década de 1990 e assim permanecem até os dias atuais. A ampliação dessas fontes de recursos é um dos itens necessários para garantir um padrão de qualidade e cidadania no SUS. Mas não é o único.

O sistema ainda necessita de um mecanismo eficaz para otimizar o uso dos escassos recursos disponíveis, além de uma boa dose de vontade política para colocar em prática todos os princípios básicos do SUS: equidade, universalidade e participação cidadã.

Referências Bibliográficas

BRASIL. **Constituição Federal Brasileira**. Artigo 196, Cap. II. Da Seguridade Social. Seção II, da Saúde. Brasília, 1988.

_____. Artigo 55, Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Das Disposições Constitucionais Gerais

CARVALHO, G.C.M. **Financiamento da saúde no Brasil: o estado da arte em 2000**. Conferência Nacional da Saúde online, 2000. Disponível em: <www.datasus.gov.br/cns>. Acesso em 12/05/05.

COSTA, R. C. Descentralização, Financiamento e regulação: A reforma do Sistema Público de Saúde. **Revista Sociologia e Política**. n.18, p. 49-71, 2002.

MAFFEZOLI, L.C. **Relatório de Atividades**. Piracicaba: Faculdade de Gestão e Negócios da Unimep, 2001.

VASCONCELOS, W. Pressão social por mais verbas para o SUS. **Revista Radis**, n.28, 2004.