

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

PATRICIA CRISTINA MAGDALENA

ANÁLISE DA AGENDA DO FINANCIAMENTO DO SUS:
diferentes contextos, mesmas escolhas?

SÃO PAULO
2012

PATRICIA CRISTINA MAGDALENA

ANÁLISE DA AGENDA DO FINANCIAMENTO DO SUS:

diferentes contextos, mesmas escolhas?

Dissertação apresentada à Fundação Getúlio Vargas como requisito para a obtenção do título de Mestre em Administração Pública e Governo

Linha de Pesquisa: Transformações do Estado e Políticas Públicas

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Gonçalves Couto

SÃO PAULO
2012

Magdalena, Patricia Cristina.

Análise da Agenda do Financiamento do SUS: diferentes contextos, mesmas escolhas? / Patricia Cristina Magdalena. - 2012.

135 f.

Orientador: Claudio Gonçalves Couto

Dissertação (CMAPG) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Saúde pública - Financiamento - Brasil. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Dotações e dispêndios. 4. Política de saúde - Brasil. I. Couto, Claudio Gonçalves. II. Dissertação (CMAPG) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 614.2(81)

PATRICIA CRISTINA MAGDALENA

ANÁLISE DA AGENDA DO FINANCIAMENTO DO SUS:

diferentes contextos, mesmas escolhas?

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas como requisito para a obtenção do título de Mestre em Administração Pública e Governo

Linha de Pesquisa: Transformações do Estado e Políticas Públicas

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Gonçalves Couto

Data de Aprovação: 08/03/2012

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Cláudio Gonçalves Couto (Orientador)

FGV-EAESP

Prof. Dr. Ciro Biderman

FGV-EAESP

Profa. Dra. Vanessa Elias de Oliveira

UFABC

SÃO PAULO

2012

Aos meus pais (*in memoriam*)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que tem me acompanhado e abençoado ao longo da minha trajetória. Sem Ele, jamais teria chegado até aqui.

Aos meus amigos de perto e de longe, de hoje e de sempre, que compreenderam minhas ausências e me aconselharam nos momentos de dúvidas. Agradeço especialmente aos amigos que me acolheram em suas casas em São Paulo: Paula Casaburi, Graziela Malaguti, Ana Paula Massoneto, Sarah Faleiros e Lilian Albertin. Não poderia deixar de agradecer aos amigos que fiz na FGV e com os quais compartilhei muitos momentos bons, especialmente Ana Cláudia, Sarah, Fernanda Papa, Ana Paula e Martha.

Agradeço à FGV pela concessão da bolsa, fundamental para que eu pudesse concretizar o antigo sonho de estudar nessa instituição. Aos seus funcionários da biblioteca, secretaria de pós graduação e de bolsas, sempre dispostos a nos ajudar, especialmente Maria Tereza.

Aos professores da FGV, que muito me ensinaram e inspiraram: Kurt Von Mettenheim, Ana Cristina Braga Martes, Luiz Carlos Bresser Pereira, Fernando Abrúcio, Maria Rita Loureiro, Regina Pacheco e Peter Spink. À Ana Malik, por ter me incentivado a seguir estudando a política de saúde, bem como por ter participado da minha banca de qualificação. Ao Diógenes Bido, professor do Mackenzie, com o qual tive a feliz oportunidade de cursar uma disciplina, cuja dedicação, didática, simplicidade e paixão pelo ensino me serviram de inspiração. À Vanessa Elias de Oliveira, por ter contribuído bastante na minha banca de qualificação e por ter aceitado participar da banca de defesa. Ao professor Ciro Biderman, por dispor de seu tempo para participar da banca de defesa.

Agradeço à Universidade Federal de São Carlos e, especialmente, à Unidade Saúde Escola, por terem me possibilitado o afastamento parcial para realização do mestrado. Agradeço também a toda equipe de amigos da USE, que me incentivaram e ajudaram em vários momentos com palavras de conforto diante do meu cansaço físico e mental devido às dificuldades de conciliar trabalho, estudos, viagens e vida pessoal. Especialmente à Lisandréa, pela amizade, incentivo, conselhos e apoio metodológico, e Neli, pela amizade, incentivos, puxões de orelha e torcida.

Ao meu orientador, Cláudio Couto, pela paciência, ensinamentos, praticidade, objetividade e, principalmente, pela sua tranquilidade e capacidade de simplificar tudo, diminuindo minha ansiedade. Isso foi fundamental para que eu concluísse essa etapa da minha vida.

À minha família, meus sogros e, especialmente, ao Ricardo Rombotis, pelo companheirismo, compreensão, apoio e por acreditar sempre em mim.

A todos vocês, muito obrigada!

RESUMO

O estudo aborda o tema do financiamento do SUS, procurando fazer uma reconstrução histórica evidenciando os embates intra Poder Executivo, entre as áreas de Saúde e Fazenda e procurando compreender quais foram os fatores que refletiram nas dificuldades de resolução da questão durante todo o período que se seguiu criação do SUS na Constituição Federal de 1988. Para isso, procuramos entender quais foram os constrangimentos e restrições impostas a essa política, especialmente nos governos de Fernando Henrique Cardoso e Lula. Procuramos entender em que medida os diferentes contextos sociais, políticos e econômicos desses governos levaram à opção pela não priorização do equacionamento da insuficiência de recursos. Nesse sentido, procuramos compreender se houve um caráter de continuidade entre esses governos.

Destacamos todas as dificuldades de caráter financeiro enfrentadas por essa política universal na década de 90 até 2010, a luta pela ampliação de recursos e as soluções que se apresentaram, especialmente a CPMF, Emenda Constitucional n.º 29, bem como sua regulamentação. Ressaltamos também o papel do Executivo e do Legislativo na produção de legislação em saúde, bem como os conflitos entre as áreas de Saúde e Fazenda e o papel dos órgãos de fiscalização e controle (Tribunal de Contas da União e Ministério Público Federal).

Como resultados, apresentamos as evidências de que houve continuidade na abordagem do tema do financiamento do SUS nos governos FHC e Lula e de que a agenda que prevaleceu foi a da área econômica. Apesar disso, a área de saúde conseguiu preservar-se como direito social universal e obteve muitos avanços.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Poder Executivo, financiamento da saúde, CPMF, Emenda Constitucional n.º 29.

ABSTRACT

The present study focus on the budgetary theme of the Unified Health System (SUS, *Sistema Único de Saúde*) financing, in order to make a historical reconstruction to offer evidence about the collision between healthcare and economic areas and trying to understand which factors reflected on the difficulty of resolving the issue throughout the period following its approval in the 1988 Federal Constitution.. Thus, we sought to understand which discomfitures and restrictions were imposed to such policy, especially under the Fernando Henrique Cardoso and Lula administrations. We sought to comprehend to what extent the different social, political and economic contexts of those administrations led to the decision of not prioritizing an understanding of the lack of available resources. In this sense, we aimed at verifying whether there can be a continuity line between those two administrations.

We highlight all the difficulties of financial nature such universal policy had to face from the 1990's to 2010, the struggle for increased investment and the solutions proposed, particularly the CPMF tax (Provisional Contribution Over The Transit Or Transmission of Values and Credit and Rights of Financial Nature) and the Constitutional Amendment N. 29 as well as its regulations. Further we highlight the role of the Executive and Legislative in the making of healthcare legislation as well as the conflicts between the Ministries of Health and Finance, and the role of inspection and control offices (The Union Budgetary Court and the Federal Public Ministry).

In our results, we present evidence that there has been a continuity in the approach to the subject of SUS financing by both the FHC and Lula administrations and that the prevailing agenda was that of an economic standpoint. In spite of that, the healthcare area managed to keep itself afloat as a social, universal right and obtained several advancements.

Keywords: Unified Health System, Executive Branch, healthcare financing, CPMF, Constitutional Amendment N.29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

ADCT - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

ADIN - Ação Direta de Inconstitucionalidade

AGU - Advocacia Geral da União

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AIS - Ações Integradas de Saúde

ANC - Assembleia Nacional Constituinte

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CF - Constituição Federal

CIB - Comissões Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNRS - Comissão Nacional de Reforma Sanitária

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COFINS - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CPMF - Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira

CPMF - Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira

CSLL - Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas

CSS - Contribuição Social para a Saúde

DRU - Desvinculação das Receitas da União

EC 29 - Emenda Constitucional n.º 29

EPU - Encargos Previdenciários da União

FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FAT - Fundo de Amparo ao Trabalhador

FBH - Federação Brasileira de Hospitais

FCEP - Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza

FEF - Fundo de Estabilização Fiscal

FES - Fundos Estaduais de Saúde

FINSOCIAL - Fundo de Investimento Social

FMI - Fundo Monetário Internacional

FMS - Fundos Municipais de Saúde

FNS - Fundo Nacional de Saúde

FPS - Frente Parlamentar de Saúde

FSE - Fundo Social de Emergência

FUNDEB - Fundo de Valorização dos Profissionais da Educação

Funrural - Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural

GSF - Gasto Social Federal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IPEA - Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MF - Ministério da Fazenda

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MPF - Ministério Público da União

MPOG - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

MS - Ministério da Saúde

NOAS - Normas Operacionais da Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OCDE - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial da Saúde

OSS - Orçamento da Seguridade Social

PAB - Piso de Atenção Básica

PEC - Proposta de Emenda Constitucional

PGFN - Procuradoria Geral da Fazenda Nacional

PIB - Produto Interno Bruto

PPA - Programa de Pronta Atenção

Prevsauúde Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

SEMAG - Secretaria de Macroavaliação Governamental

SES - Secretarias Estaduais de Saúde

SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SOF - Secretaria de Orçamento Federal

STF - Supremo Tribunal Federal

STN - Secretaria do Tesouro Nacional

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCE - Tribunal de Contas do Estado

TCM - Tribunal de Contas do Município

TCU - Tribunal de Contas da União

UCA - Unidade de Cobertura Ambulatorial

Lista de quadros, tabelas e figuras

Quadro 1. Principais características do papel e forma de atuação dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social antes do SUS.....26

Tabela 1. Ministério da Saúde: Distribuição dos gastos, segundo as fontes de recursos, 1995 – 2004.....56

Figura 1. Evolução da participação das três esferas de governo no financiamento de Ações e Serviços Públicos de Saúde62

Sumário

| | |
|---|-----|
| 1. Introdução..... | 15 |
| 1.1 Importância do Problema..... | 19 |
| 1.2 Metodologia..... | 23 |
| 1.2.1 Tipo de estudo..... | 23 |
| 1.2.2 Participantes..... | 24 |
| 1.2.3 Procedimento de Coleta de Dados..... | 25 |
| 1.2.4 Procedimento de Análise de Dados..... | 26 |
| 2. O Sistema Único de Saúde: história, implementação e financiamento..... | 27 |
| 2.1 A Saúde no Brasil antes da Constituição Federal de 1988..... | 27 |
| 2.2 A Saúde na Constituição e a operacionalização do novo sistema..... | 32 |
| 3. Financiamento do SUS: dilemas de ontem e de hoje..... | 42 |
| 3.1 Entendendo o financiamento do SUS..... | 43 |
| 3.2 Crise no financiamento na década de 90 e conflitos políticos..... | 48 |
| 3.3 Soluções Provisórias: A CPMF..... | 54 |
| 3.4 A Emenda Constitucional n.º 29/2000..... | 60 |
| 3.5 Novos conflitos entre Saúde e Fazenda e o papel do Tribunal de Contas da União e do Ministério Público Federal..... | 65 |
| 3.6 Regulamentação da EC 29..... | 71 |
| 3.7 Algumas questões sobre o cumprimento da EC 29..... | 73 |
| 4. Atuação do Executivo e do Legislativo na legislação em saúde no Brasil..... | 79 |
| 5. Dificuldades e avanços na implementação do SUS e no financiamento: a visão dos atores..... | 85 |
| 5.1 O problema do financiamento insuficiente e a busca por novos recursos nos anos de implementação do SUS..... | 86 |
| 5.2 A Emenda 29, o processo político de sua aprovação e as conseqüências para o financiamento do SUS..... | 99 |
| 6. Considerações Finais..... | 112 |
| Referências..... | 120 |
| APÊNDICE A – Roteiro das Entrevistas..... | 133 |

1. Introdução

A Constituição Federal de 1988 (CF 88) estabeleceu a saúde como um direito social e um dever do Estado, que deve assegurá-la por meio de políticas sociais e econômicas e permitir o acesso universal e igualitário (BRASIL, 1988). É nela que ocorre a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), que dois anos depois será objeto de lei específica, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei 8080/90 (BRASIL, 1990a) e Lei 8142/90 (BRASIL, 1990b). Na Constituição há pelo menos três elementos que representam conquistas para o setor de saúde, que são a autonomia de Estados e Municípios, a descentralização e a valorização da participação popular e do controle social (CARVALHO, 1993). A incorporação de novos atores – Estados e Municípios – alterou a trajetória da política de saúde brasileira, já que esta se caracterizava pelo elevado centralismo. Nesse sentido, a descentralização é o fator chave da política de saúde no Brasil pós 1988.

Um direito caracterizado como universal, para que seja efetivamente exercido por toda a população brasileira que dele necessite, precisa de um sistema de financiamento sólido, estável e que dê conta de tamanha responsabilidade. A Carta integrou as áreas de previdência, assistência social e saúde e as colocou sob o Orçamento da Seguridade Social (OSS). O conceito de seguridade social instituído na Constituição não refletiu, entretanto, na prática das áreas que o integram, resultando em políticas setoriais fragmentadas e que disputavam recursos, contrariando a lógica de um orçamento compartilhado (BOSCHETTI, 2003). A Constituição estabeleceu inicialmente e de forma provisória em seus Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) que no mínimo 30% do OSS, excluindo o seguro-desemprego, fossem destinados à saúde até a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), o que, segundo Carvalho (2008) foi respeitado até 1994, quando tal dispositivo foi vetado pelo presidente Itamar Franco. A partir daí se sucederam crises de falta de recursos. A Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) surgiu como solução temporária para o problema do financiamento, mas resultou em um desvio de recursos do seu destino, já que acabou sendo uma receita substitutiva e, posteriormente, foi alvo da desvinculação de receitas por parte da União. Apesar do caráter provisório dessa contribuição, a mesma foi prorrogada por anos, sendo objeto de negociação política para aprovação de tais prorrogações no Congresso, mas acabou extinta no final do ano de 2007, quando a oposição rejeitou a proposta de prorrogação da contribuição até o ano de 2011. A Emenda Constitucional 29/2000 (EC 29), aprovada para ajudar resolver o problema do financiamento

da saúde no país, do ponto de vista da garantia de aplicação mínima pelos entes federados, teve um efeito imediato bom, pois embora os municípios já aplicassem o mínimo de 15% em saúde, os estados aplicavam em média 6%. Essa emenda, porém, previa uma regulamentação em cinco anos após sua aprovação, o que ocorreu somente no final do ano de 2011, quando aprovada na Câmara dos Deputados e no Senado, sendo sancionada pela presidenta no início de 2012. A demora na tramitação da lei complementar evidencia os entraves colocados pelos Estados que não cumpriam os percentuais mínimos e que distorciam os gastos em saúde.

Quando os Constituintes inseriram um sistema universal de saúde na Constituição Federal, integrando-o à seguridade social, a universalidade foi vista como um direito básico da cidadania. No contexto do momento de redemocratização do país e de fortes pressões do Movimento Sanitário, que já discutia a necessidade de um sistema de saúde universal, ampliou-se o direito à saúde, seguindo um modelo de proteção social welfariano (UGÁ; SANTOS, 2006). Nesse sentido, o SUS é a maior política social já implementada no Brasil, já que incluiu milhões de pessoas que estavam à margem do direito à saúde (CONASS, 2011). Ainda que a participação do mercado tenha crescido na provisão de serviços de saúde, o Estado ainda tem papel essencial. Esse papel fica evidenciado na Constituição, que considera ações e serviços de saúde como de “relevância pública” cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, controle e fiscalização (BRASIL, 1988, art. 197).

A implantação de uma política com as proporções do SUS, e num contexto de adaptação à redemocratização, crise fiscal, descentralização fiscal e heterogeneidade dos municípios e estados brasileiros, tanto do ponto de vista social, quanto político e econômico, certamente não ocorreu rapidamente, nem de forma tranqüila. Passados vinte e três anos da promulgação da CF, um grave problema que tem acompanhado o SUS é o tema do financiamento, que, conforme apontamos acima, apresentou irregularidade durante toda a trajetória do sistema e sofreu os efeitos da falta de estabilidade em sua fonte. Se no início dos anos 90 o financiamento do SUS enfrentou questões como o desvio de recursos para a política de estabilização fiscal do governo federal, a perda de receitas para a Previdência, a demora do MS em colocar em prática as transferências fundo a fundo e a priorização de políticas nacionais que não necessariamente refletem as realidades locais, podemos destacar como um fator adicional o fato de o Brasil não gastar o mínimo suficiente para cumprir os princípios do SUS, em comparação com outros países que possuem sistemas universais¹, também pela

¹ Segundo a OMS, o Brasil gasta 8,4% do PIB em saúde, mas apenas 44% correspondem a gastos públicos. A média global é de 8,5% do PIB investido em saúde, e 60,5% dos gastos em saúde correspondentes a gastos públicos. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.pdf

crescente necessidade de recursos devido ao envelhecimento da população e à incorporação de novas tecnologias que exigem maiores investimentos, bem como à judicialização da saúde, que impacta nos orçamentos dos governos e está cada vez mais disseminada².

O atual ministro da Saúde, Alexandre Padilha, afirmou recentemente em audiência na Câmara dos Deputados que, além da regulamentação da EC 29 para maior controle sobre o que é investimento em saúde, seriam necessários mais R\$ 45 bilhões para que o sistema brasileiro possa universalizar de fato o atendimento e não fique atrás de países como Chile e Argentina. O ministro informa que “[...] 145 milhões de brasileiros dependem exclusivamente do SUS, que realiza 500 milhões de consultas médicas, 11,3 milhões de internação e 3,2 bilhões de procedimentos ambulatoriais por ano” (PADILHA, 2011). Além disso, podemos citar como importantes programas do SUS as amplas campanhas de vacinação e tratamento para a AIDS. Ainda que o SUS faça muito, como os números citados comprovam, o subfinanciamento do sistema tem resultados ruins como a má remuneração de profissionais de saúde, condições estruturais e equipamentos obsoletos, tabela de procedimentos com valores defasados, filas para procedimentos mais caros e uma demanda reprimida que não condiz com os princípios do SUS de universalidade, equidade, integralidade e resolutividade.

Marques e Mendes (2010) apontam que a democratização trouxe muitos ganhos sociais para o Brasil, e o SUS foi uma das mais importantes conquistas para a população. Os mesmos autores argumentam que a experiência de instituir um sistema universal de saúde conferiu ao Brasil o pioneirismo na América Latina. É importante pontuar que o contexto de implantação do SUS deu-se num cenário mundial de reformas neoliberais, nas quais o papel do Estado foi colocado em discussão, resultando em diminuição do seu tamanho e das políticas sociais. O Brasil implementou políticas sociais na contramão do que vinha sendo adotado pela maior parte dos países que seguiam essa lógica neoliberal (PEREIRA, 1996; GOMES, 2011).

Desde a aprovação da EC 29, em 2000, até o ano de 2011, os esforços das diversas instâncias gestoras do SUS, bem como de setores da sociedade civil, concentraram-se na sensibilização do Congresso Nacional para a necessária regulamentação da EC 29. A expectativa era de que pudesse ser aprovada uma contribuição específica para a saúde, a Contribuição Social para a Saúde (CSS), bem como a vinculação de 10% do orçamento da

² O tema é muito bem explorado por diversos autores, entre eles Luiz Jorge Werneck Vianna. A questão envolve o debate sobre direitos individuais versus direitos coletivos, bem como os impactos nas políticas e orçamentos locais

União para o setor, expectativas que, analisando agora (quando a Lei Complementar 141/2012 foi sancionada pela presidenta), não foram atendidas.

A atual Constituição Federal buscou definir diretrizes gerais para a implantação da política de saúde do país, num exemplo claro do que Couto e Arantes (2006) classificam como alto grau de constitucionalização das políticas públicas e que acabam resultando em *path dependence* para o poder Executivo na implementação das políticas públicas, o que, por um lado, limita e define sua atuação, mas, de outro, garante direitos sociais ao incorporá-los à Carta. Talvez essa característica tenha protegido o SUS das investidas neoliberais dos governos FHC e Lula.

Diante desse contexto de institucionalização de um sistema público universal de saúde e de todos os problemas de financiamento insuficiente dessa política, esta dissertação abordará a questão do financiamento do SUS sob a perspectiva das relações políticas que se configuraram durante os governos Fernando Henrique Cardoso e Lula, especialmente buscando compreender seus impactos sobre as indefinições no financiamento que permanecem até hoje. Inúmeros são os trabalhos acadêmicos sobre os impactos da política macroeconômica dos referidos governos sobre o financiamento do SUS na década de 90, mas poucos abordam a perspectiva dos gestores do MS e suas dificuldades nas relações com outras instâncias do Executivo. Tendo essa perspectiva, procuraremos fazer uma reconstrução histórica evidenciando os embates intra Poder Executivo, entre as áreas de Saúde e Fazenda e procurando compreender quais foram os fatores que refletiram nas dificuldades de resolução da questão durante todo o período que se seguiu criação do SUS na Constituição Federal de 1988, mesmo diante de diferentes contextos econômicos e políticos.

A dissertação está organizada da seguinte forma. Após a introdução, procuramos demonstrar a importância do problema e a relevância da sua discussão. A seguir, anunciamos as etapas metodológicas que seguimos na pesquisa. No segundo capítulo apresentamos um breve histórico do SUS, contextualizando a nova política de saúde do Brasil. No terceiro capítulo discutimos as questões relativas ao seu financiamento, as buscas por mais recursos, os conflitos entre as áreas de Saúde e Fazenda e o papel dos órgãos de fiscalização e controle como intermediadores dessas questões. No quarto capítulo tratamos da atuação do Executivo e do Legislativo na produção de legislação em saúde, procurando demonstrar em que medida há prevalência do Executivo. No quinto capítulo desenvolvemos as entrevistas realizadas com alguns atores importantes, abordando o financiamento insuficiente do SUS e as alternativas encontradas para lidar com isso. Finalmente, apresentamos no sexto capítulo as considerações finais. É importante ressaltar que a opção pela organização da dissertação desta forma, sem

dividi-la em dois momentos (FHC e Lula) deu-se em função do entendimento de que seria importante mostrar a evolução das questões relativas ao financiamento do SUS e que a inserção dessas questões nos dois governos analisados seria mais natural.

1.1 Importância do Problema

A saúde é uma área de grande alcance social, que presta serviços de forma exclusiva a quase 75% da população brasileira, constituindo-se na maior política social já implementada no país. Além disso, pesquisas realizadas nos últimos anos por instituições como Ibope ou Datafolha apontam que a saúde é a maior preocupação dos brasileiros. Nesse campo de estudos há uma grande variedade de temas para pesquisa, já que se trata de uma política em permanente construção e com ampla participação de organizações de caráter privado, não governamental, órgãos de controle e conselhos. O tema do financiamento dessa política tem sido discutido desde a institucionalização da mesma, apontando para caminhos muitas vezes não afinados com a política institucionalizada na Constituição. A questão do financiamento do SUS é complexa e envolve inúmeros atores políticos, instituições do governo e da sociedade civil, compreendendo jogos de interesse, conflitos entre áreas do governo, pressões dos governadores e projetos de lei propostos por parlamentares. Marques e Mendes (2010) destacam que, passados mais de 20 anos da institucionalização do SUS, há uma constante tensão entre a efetivação dos seus princípios e a falta de recursos financeiros, especialmente pela contenção de gastos estatais. Entretanto, ainda que não entremos diretamente na questão sobre a insuficiência ou não de recursos, chama a atenção o fato de que houve uma série de disputas entre as áreas de Saúde e Fazenda no que se refere à destinação de recursos para o SUS.

Ainda que seja pertinente o questionamento sobre o verdadeiro problema do SUS, se gestão ou falta de recursos, e que a resposta passe pela necessidade de melhoria da gestão e da coordenação federalista, com os estados assumindo mais as suas responsabilidades e os municípios agindo de forma integrada em suas regiões, não podemos deixar de considerar que com poucos recursos é difícil fazer boa gestão. Os números disponíveis em base de dados oficiais, em relatórios do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstram que o Brasil gasta pouco em saúde, no que se refere aos gastos públicos, menos de 4% do Produto Interno Bruto (PIB). Como relata o ministro Padilha (2011) 145 milhões de

brasileiros dependem exclusivamente do SUS, que corresponde a menos de 50% do gasto total em saúde, e os 45 milhões restantes, que possuem planos de saúde, correspondem a mais de 50% do gasto, além de utilizarem do SUS para procedimentos de alta complexidade que a maioria dos planos não cobre. Assim, fica claro que há algo errado para um sistema que se propõe universal e equitativo.

De acordo com o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (2011a) o percentual do PIB aplicado em saúde pelo governo federal flutuou bastante no período de 1995 a 2009, partindo de 1,8% em 1995, caindo para 1,53% já em 1996 e variando entre 1,58% e 1,71%, sendo que somente em 2009 superou o percentual de 1995. Ainda assim, em 2009 a saúde recebeu do governo federal 1,85% do PIB, ou seja, apenas 0,14% a mais do que recebia em 1995. O Instituto também demonstra que a participação percentual da Saúde no Gasto Social Federal (GSF) total parte de 15,9% em 1995, oscilando para baixo desse valor durante todo o período analisado e terminando em 12,7% em 2009. Esses números, analisados no contexto de crescimento do GSF total no período, indicam a não priorização da área de saúde pelo governo. Ressaltamos que nesse período tivemos dois governos que se reelegeram, FHC e Lula, mas aparentemente não houve mudança na direção da política de financiamento do SUS.

O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) aponta em diversos documentos disponíveis em seu site sua constante preocupação com a questão do financiamento da saúde.

O financiamento tem-se constituído numa preocupação permanente dos gestores e de todos os envolvidos diretamente com a construção do sistema de saúde, tornando-se tema constante em todas as discussões das instâncias gestoras. Garantir a universalidade e integralidade diante de um cenário de restrições orçamentárias e financeiras e alocar recursos de forma equânime em um país de tantas desigualdades sociais e regionais tem se transformado em um grande desafio para os gestores. A repolitização do SUS é necessária e urgente e está posta no Pacto pela Saúde. O Pacto em Defesa do SUS convoca-nos a participar mais intensamente, levando essas questões para a discussão no seio da sociedade, para que, uma vez informada, defina de forma clara qual o sistema de saúde desejado e os meios disponíveis para efetivá-lo; quanto está disposta a pagar para mantê-lo e como atuar politicamente para garantir orçamento público adequado.

(CONASS, 2011, p. 7)

O estudo sobre o financiamento das políticas de saúde no Brasil explica-se, portanto, especialmente pela falta de estabilidade de recursos, mesmo com o estabelecido na CF e com a EC 29, que definiu recursos mínimos para a saúde, mas que permaneceu

desregulamentada até o final do ano de 2011. Buscamos também compreender o contexto no qual as emendas se inserem (emendas da CPMF e EC 29), identificando elementos de formação de agenda, na perspectiva de Kingdon (1995). Além disso, o escopo do estudo se amplia na análise das relações entre os poderes Executivo e Legislativo, além das relações dentro do Executivo, entre as áreas de Fazenda e Saúde. Entendemos que a análise pode ajudar no entendimento sobre a dinâmica do processo decisório na área de saúde, e contribuir para o debate em torno do financiamento do SUS.

Couto e Arantes (2006) constataram em suas pesquisas o alto grau de constitucionalização de políticas públicas no Brasil, que torna os dispositivos sujeitos às agendas e plataformas políticas dos governos, levando à permanência de uma agenda constituinte no Brasil após a promulgação da Constituição Federal de 1988. Tendo essa perspectiva em vista, e analisando o processo de institucionalização do SUS, identificamos que o tema do financiamento esteve na agenda pública e que também foi alvo de processos de emendamento constitucional, como a CPMF e a EC 29, ambas constituindo-se, respectivamente, em fonte provisória para o sistema e definição de gastos mínimos para cada ente federado.

Com o desenvolvimento da abordagem teórica e obtenção de dados nas entrevistas, ficou claro que há um ponto importante a ser explorado na questão do financiamento do SUS, já que os constrangimentos aos gastos públicos feitos pela área econômica do governo FHC como decorrência do contexto de crise e ajuste fiscal apareceu nas falas dos entrevistados, bem como em matérias de jornais e artigos. Isso reforçou a escolha do tema para estudo. O fato de haver vários momentos de impasse quanto à questão do financiamento e de algumas soluções terem sido produzidas, ainda que não definitivamente, nos possibilitam analisar as interações entre os diversos atores que representam as áreas governamentais de saúde e fazenda. Já na análise do governo Lula, não realizamos entrevistas, mas a revisão de literatura que explora o tema, bem como busca e análise de acórdãos, decisões e pareceres do TCU que apontam para a persistência da política de ajuste por parte da Fazenda, em detrimento de maiores investimentos na saúde pública, contrariando não só o perfil esperado por um governo “popular”. Ampliando o campo de análise, o governo que foi marcado pela ampliação das políticas sociais pode não ter priorizado, dentre essas políticas, a saúde. O número de ministros do período governado por Lula – quatro ministros em oito anos de gestão – pode indicar também uma instabilidade na política de saúde.

A análise pluralista mostra-se pertinente, por evidente presença de elementos dessa abordagem na configuração do financiamento do SUS, especialmente por demonstrarmos a atuação de diferentes atores, com pesos políticos diferentes, interesses distintos e, conseqüentemente, resultados também distintos. Conforme Pereira (1996), as abordagens tradicionais tendem a se prender a explicações *ex-post*, não incorporando fatores que interajam entre si, o papel dos atores e o processo decisório em si. Nesse sentido, vamos considerar os *policies entrepreneurs* (KINGDON, 1995) da política de financiamento do SUS, os quais representam setores diversos da política, do sanitário e das organizações da sociedade civil.

A opção pelo estudo do tema na década de 90 justifica-se porque foi nesta década que se deu a implementação do SUS, ao mesmo tempo em que se percebeu a grave crise financeira que o sistema enfrentava, devido à não fixação de percentual do OSS para a saúde na CF, ao ajuste fiscal promovido pelo governo Fernando Henrique, à desvinculação de receitas para cobrir outros gastos da União, à crise na Previdência que fez com que mais recursos fossem destinados a esse setor, e buscaram-se alternativas para contornar tal situação, seja com a CPMF, que tinha caráter provisório e não integralmente destinada à saúde, seja com as propostas de emendas constitucionais relativas ao financiamento do sistema, o que acabou ocorrendo em 2000, com a aprovação da EC 29. Essas escolhas refletiram posteriormente. A análise da política de financiamento nos anos 2000, no governo Lula, permitiu avaliar em que medida as escolhas políticas tomadas anteriormente afetaram as decisões tomadas posteriormente, em outro contexto político e econômico. Dessa forma, conseguimos realizar algumas comparações entre as escolhas desses governos para a política de financiamento do SUS.

Dada a permanência do tema do financiamento na agenda pública brasileira desde a institucionalização do SUS, houve uma relação de competição intra-governamental, entre Fazenda e Saúde, verificando uma prevalência da primeira, e uma relação de cooperação inter-poderes, entre o Executivo e o Legislativo, cuja atuação postergou a definição sobre a vinculação de recursos dos governos subnacionais na Constituição. Outro fato que nos chamou a atenção foi o caráter continuísta da política de financiamento promovida no governo Lula, que não empreendeu esforços para a aprovação da regulamentação da EC 29, bem como não agiu de forma diferente do governo FHC quanto à desvinculação de recursos da saúde ou quanto à inclusão de gastos não típicos de saúde nas contas do setor. A verificação da atuação dos órgãos de fiscalização e controle também foi um dos objetivos

desta pesquisa, que encontrou diversos acórdãos e decisões do TCU, sempre no mesmo sentido dos entendimentos da Saúde quanto aos gastos governamentais.

1.2 Metodologia

1.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo qualitativo e exploratório, utilizando coleta de dados primários (entrevistas) e secundários (dados documentais, normas, legislação, artigos de jornais e revistas).

O estudo aborda a agenda do financiamento da política de saúde brasileira estabelecida a partir da Constituição Federal de 1988 até o final do governo Lula (2010), procurando fazer uma reconstrução histórica evidenciando os embates intra Poder Executivo, entre as áreas de Saúde e Fazenda e procurando compreender quais foram os fatores que refletiram nas dificuldades de resolução da questão durante todo o período que se seguiu criação do SUS na Constituição Federal de 1988, mesmo quando os constrangimentos impostos às políticas sociais (crise econômica e necessidade de ajuste fiscal, nos anos 90) já estavam superados. Além disso, consideramos também o processo de emendamento à Constituição e às relações entre Executivo e Legislativo no estabelecimento dessa agenda e na aprovação de emendas, bem como o papel do Legislativo e dos órgãos de fiscalização e controle sobre o financiamento do SUS.

Neste trabalho analisamos questões referentes à implementação da política de financiamento do SUS, e não do desenho dessa política. É na implementação de uma política que se dá o jogo entre os atores, as trocas, os ajustes e o aprendizado. A abordagem teórica para análise desses aspectos utilizou o pluralismo, considerando o papel dos atores, o jogo de interesses, os conflitos e a competição enquanto aspectos comuns ao jogo político. Esses fatores impactam nas escolhas políticas, que refletem essas tensões, ou seja, no caso da política de financiamento do SUS, a ação de atores públicos e privados, com distintos interesses, e os embates entre eles para impor suas ideias sobre o tema, levou aos diferentes momentos do financiamento do Sistema que serão apresentados neste trabalho. .

O método da pesquisa consistiu inicialmente em ampla revisão de literatura sobre o SUS, seus antecedentes, a Constituinte, o financiamento do SUS disposto na CF, leis e portarias, além do acesso à base de dados oficiais constantes no Sistema de Informações Orçamentárias em Saúde (SIOPS). Também buscamos os acórdãos, pareceres e decisões do TCU, recomendações e ações movidas pelo MPF e Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIN).

Para complementar os dados obtidos na revisão de literatura e documentos oficiais, realizamos entrevistas com alguns dirigentes relevantes no processo de institucionalização do SUS, especialmente nos anos 90.

A pesquisa recobriu o período de período de 1990 a 2010. A opção pelo marco inicial de 1990 deu-se pelo início da regulamentação do SUS nesse ano, com a Lei Orgânica da Saúde (8080/90). A opção pelo marco final em 2010 foi feita em função do término do governo Lula, possibilitando a análise política de todo um ciclo que compreende cinco ciclos políticos e quatro presidentes da República (Collor, Itamar, Fernando Henrique e Lula). Entretanto, é necessário ressaltar que o foco foram os governos FHC e Lula. A opção por delimitar o estudo em 2010 ocorreu, por motivos óbvios, pela impossibilidade de se fazer a pesquisa e acompanhar o desenvolvimento do tema no atual governo, já que a lei complementar que regulamenta a EC 29 foi aprovada somente no final de 2011 e sancionada pela presidenta da República no início de 2012.

1.2.2 Participantes

Identificamos alguns atores importantes no processo de discussão do financiamento do SUS, e especialmente na busca por recursos por meio da CPMF e da garantia de gastos na EC 29. Inicialmente havíamos pensado em entrevistar pessoas que atuaram no Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Fazenda (MF), escolhendo pelo menos um de cada governo. Entretanto, na prática isso não foi possível, já que não houve disponibilidade por parte de algumas pessoas, bem como havia um tempo limitado da pesquisadora.

Assim, entrevistamos o ex-Ministro da Saúde e pessoa reconhecidamente atuante nas questões da saúde pública brasileira nos últimos quarenta anos, o Dr. Adib Jatene. Ele foi ministro no governo Collor (1992) e Fernando Henrique Cardoso (1995-1996), num período

importante da implementação do SUS, além de ter atuado fortemente para a aprovação da CPMF.

Outro entrevistado foi o atual prefeito de Piracicaba, Dr. Barjas Negri. Ele foi Secretário Executivo do MS no período de 1997 a 2002, quando assumiu o cargo de Ministro. Sua escolha para esta pesquisa deu-se em função de sua atuação num período marcado pela crise fiscal e a busca por mais recursos para a saúde. Além disso, o período em que Barjas esteve no MS é caracterizado pela adoção de racionalidade econômica na política de saúde, conforme veremos adiante.

Entrevistamos também o Dr. Geraldo Biasoto Júnior, que foi Secretário de Gestão de Investimentos em Saúde no MS no período de 1999 a 2002, é economista e também tem uma visão bastante técnica das questões do financiamento do SUS.

O ex Deputado Federal Eduardo Jorge participou ativamente da legislação sobre vinculação de recursos orçamentários para o SUS, tendo sido um dos autores iniciais da EC 29 e por isso foi um dos primeiros nomes que cogitamos para entrevista. Entretanto, como atualmente ocupa o cargo de Secretário Municipal do Verde e do Meio Ambiente da Prefeitura de São Paulo, não houve disponibilidade do mesmo para participar desta pesquisa. Além dele, tentamos contatos com outros parlamentares que atuaram em defesa do SUS e da necessidade de mais recursos para o sistema, mas não houve compatibilidade de agenda.

Assim, entendemos que, embora a amostra de entrevistados seja limitada em número e em abrangência, pois todos atuaram no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) e nenhum atuou na área econômica, embora dois deles sejam economistas, nossa análise não ficou prejudicada por representarem, em momento específico, atores relevantes. Além disso, como as entrevistas foram, enquanto opção metodológica, um complemento à análise documental e bibliográfica, acreditamos que foi possível chegar a algumas conclusões a partir das entrevistas, dialogando com a literatura.

1.2.3 Procedimento de Coleta de Dados

Para a coleta de dados realizamos entrevistas semi estruturadas. Os contatos com os entrevistados foram realizados inicialmente por meio eletrônico, com troca de e-mails nos quais foi explicado pela pesquisadora que se tratava de pesquisa de mestrado e explicando os objetivos do estudo, o por quê da escolha daquele entrevistado e a disponibilidade de tempo e

local para a realização da entrevista. Após os primeiros contatos, houve contato telefônico para marcar as entrevistas, que foram realizadas em novembro e dezembro de 2011 nas cidades de Piracicaba (Barjas Negri) e São Paulo (Adib Jatene e Geraldo Biasoto). As entrevistas seguiram um roteiro previamente preparado e foram gravadas com aparelho MP4, com concordância dos entrevistados. O tempo de entrevista variou de 50 a 110 minutos. O protocolo de entrevistas encontra-se no apêndice A.

1.2.4 Procedimento de Análise de Dados

A partir dos dados coletados nas entrevistas, procedemos inicialmente a transcrição das mesmas e as salvamos em arquivos de texto separados. Após essa etapa, procedemos uma primeira leitura, seguida por uma reorganização das falas dos entrevistados de acordo com grandes temas.

A partir dos dados das entrevistas, procedemos a análise das mesmas, considerando elementos como o contexto em que os fatos descritos ocorreram, o tempo decorrido entre eles, o papel dos atores e sua posição atual. A partir desses dados, realizamos comparações entre eles, nos fenômenos que permitiam a comparação, bem como analisamos a partir da literatura estudada.

2. O Sistema Único de Saúde: história, implementação e financiamento

Para situar nosso estudo, realizaremos uma reconstrução teórica do SUS no Brasil, focando nossos esforços numa breve discussão sobre a saúde no Brasil nas décadas que antecederam a institucionalização do Sistema na CF de 88 e a sua implementação na década de 90, trazendo também uma análise sobre o seu financiamento.

2.1 A Saúde no Brasil antes da Constituição Federal de 1988

Antes da CF 88, a saúde era predominantemente um direito garantido aos trabalhadores formalmente vinculados à Previdência, bem como seus dependentes, por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A população indigente tinha acesso a cuidados médicos especialmente por ações de iniciativa de municípios e estados, bem como hospitais e instituições ligadas à filantropia, que detinham, na década de 70, mais da metade dos leitos hospitalares do país. As ações do Ministério da Saúde se restringiam a programas de promoção da saúde e prevenção de doenças e ocorriam de forma desconectada às ações do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que atendiam ao público previdenciário. Além disso, a lógica estabelecida à época privilegiava a assistência médica e hospitalar em detrimento da promoção da saúde. A parcela da população que possuía recursos financeiros pagava diretamente pelos serviços de saúde privados. Naquele momento, portanto, a saúde não era um direito social universal. Nessa direção, Piola e Vianna (2009) afirmam que antes da criação do SUS o sistema de saúde brasileiro era excludente, segmentado, predominantemente privado e centrado em ações de recuperação da saúde. O quadro 1 explicita a dualidade institucional que caracterizava a saúde pública no Brasil antes da CF.

| Especificação | Características | |
|---|--|---|
| | MS | MPAS |
| Tipo de serviço predominante | Bens públicos (controle de doenças transmissíveis; vigilância sanitária) | Bens privados (atenção médica hospitalar) |
| Forma de atuação | Direta e indireta, por meio das Secretarias de Saúde | Fundamentalmente indireta, através do setor privado |
| Modalidade de financiamento | Transferências mediante convênios com Secretarias de Saúde | INPS: pagamento em função do tipo e quantidade dos atos médicos. FUNRURAL: subsídio fixo |
| Fonte de recursos | Impostos Gerais | Contribuição Previdenciária |
| Clientela | Universalizada | Contribuinte |
| Localização dos serviços assistenciais próprios | Pequenos municípios (NO, NE, CO) e áreas endêmicas | Grandes centro urbanos |

Quadro 1. Principais características do papel e forma de atuação dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social antes do SUS

Fonte: PIOLA; VIANNA, 2009, p. 17.

A classificação estabelecida no quadro 1 considera as definições de Paul Samuelson, de que os bens privados são aqueles indivisíveis, cuja utilização por um indivíduo exclui a possibilidade de utilização por outro na mesma quantidade consumida. Nessa perspectiva, os bens produzidos pelo MPAS eram de caráter privado, já que essencialmente se tratavam de consultas médicas e internações. Já os bens públicos são não rivais e não exclusivos, ou seja, sua utilização por um indivíduo não exclui a possibilidade de outros o utilizarem na mesma quantidade. Nesse sentido, os bens produzidos pelo MS eram de caráter público, já que eram ações de vigilância sanitária e epidemiológica, além de controle de vetores de doenças. Assim, as ações de saúde coletiva podem ser consideradas, em sua maioria, bens públicos, e o governo intervém para diminuir riscos e melhorar as condições de vida da população em geral, mas o restante das ações de saúde são bens privados.

Na década de 60, grupos de sanitaristas passam a discutir aspectos relacionados ao processo de saúde-doença (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2011; INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS, 2008). Esses grupos atuavam de forma articulada e ligando correntes de pensamento filosófico e econômico, especialmente sob influência das teorias desenvolvimentistas cepalinas, que entendiam que a melhoria da saúde

da população dependia também da superação do atraso econômico do país. Essa corrente ficou conhecida como sanitarismo desenvolvimentista (idem).

Já na década de 70 surge outra corrente de pensamento, conhecida como medicina social, que também busca uma nova conceituação sobre saúde, a partir de determinantes econômicos e sociais, mas que se difere do sanitarismo desenvolvimentista por realizar a crítica pelos próprios fundamentos técnicos e científicos da medicina, contrariando a visão e organização funcionalista dos serviços de saúde (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2011). A medicina social, inserida junto aos cursos de pós-graduação das faculdades de medicina e, posteriormente, junto às escolas de saúde pública, entendia-se como um enfoque multidisciplinar e prática política de transformação democrática do sistema de saúde. (idem)

Esses dois movimentos unificaram-se na década de 80, passando a serem denominados “Movimento Sanitarista” ou “Movimento da Reforma Sanitária”. Esse movimento defendia quatro pontos centrais que influenciaram os artigos referentes à saúde na Constituição de 88: (a) a concepção de saúde como direito universal e de cidadania; (b) a consideração das relações econômicas e sociais na determinação da saúde e da doença. (c) o Estado como responsável pela garantia do direito à saúde pública universal e (d) a participação e o controle social. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2011).

Portanto, o que o movimento sanitário criticava era a atuação do Estado na saúde, a determinação social da doença e o círculo vicioso entre miséria e enfermidade, ou seja, representava uma visão mais abrangente da relação entre saúde e sociedade e a necessidade de redefinição do conceito de saúde num sentido mais amplo. Esses preceitos estiveram presentes na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que lançou a Reforma Sanitária, implicando não só em uma reforma do ponto de vista organizacional e administrativo da saúde, mas na própria redefinição do conceito de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011). No sentido do que defendiam os sanitaristas, a Conferência também aprovou a criação de um sistema de saúde que fosse totalmente separado da previdência, rompendo com o modelo vigente no país até então. A reforma sanitária foi, portanto, um movimento legitimado socialmente e vitorioso (DRAIBE, 2003). O movimento sanitário conseguiu emplacar a incorporação da saúde como direito social na Constituição porque teve aceitação ampla da sociedade, baseando-se na demanda existente e nas experiências de sistemas de saúde ao redor do mundo. Entretanto, ainda que tenham conseguido inscrever a saúde na CF 88 como um direito social universal, o fato de não terem sido criadas novas fontes para seu financiamento fizeram com que a conta continuasse recaindo sobre as folhas de salários dos trabalhadores.

Antes da institucionalização do SUS na Constituição e em paralelo às discussões do movimento sanitário já ocorriam no país algumas ações no sentido de incluir novos segmentos ao acesso à assistência médica, além de ações e serviços promovidos pelas universidades e instituições filantrópicas. Na década de 70 há uma série de ações dos municípios para oferta de serviços de saúde à população não previdenciária. Em 1971 foi criado o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (Funrural), que dava o direito à aposentadoria por idade e por invalidez, auxílio funeral, serviços sociais e de saúde aos trabalhadores rurais e seus dependentes (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICAS APLICADAS, 2008). Já em 1974 o direito ao atendimento de urgência e emergência foi estendido a qualquer pessoa, independentemente de vínculo com a Previdência, por meio do Programa de Pronto Atendimento (PPA). Em 1976 iniciam-se as primeiras ações integradas entre MPAS, MS e Secretarias Estaduais de Saúde (SES), com repasses de recursos por meio de convênios e expansão de ações de saneamento e atenção básica. Já em 1977 é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), reunindo diversos órgãos e tendo como principal base de financiamento a contribuição sobre a folha de salários, mas a União também repassava recursos ao Sistema. Na década de 80 surgem novas tentativas de expandir a prestação de assistência médico-hospitalar à população, com o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsáude) em 1981 e a aprovação do plano do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) em 1984. Esses programas, que buscavam parcerias com as secretarias municipais, enfrentaram a resistência de profissionais e beneficiários do sistema previdenciário, motivo pelo qual o Prevsáude não foi implantado. Já o plano do CONASP refletiu nas Ações Integradas de Saúde (AIS), de 1983 a 1986, e no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987.

As AIS implicavam no repasse de recursos aos estados e municípios por meio de convênios, para realização de serviços de assistência à saúde da população. Elas mantinham, portanto, o controle e a coordenação do INAMPS. Já o SUDS, criado em paralelo à instauração da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e como estratégia de transição para o novo sistema, tinha como objetivo maior reorientar as políticas de saúde e organizar o serviço (CORDEIRO, 2004). A criação do SUDS representa a perda por parte do INAMPS do papel de prestador de serviços, ficando este apenas como um órgão controlador e co-financiador do sistema (PEREIRA, 1996). A rede de serviços de saúde do MPAS foi transferida para os estados e municípios, sendo responsabilidade dos estados a organização do sistema de saúde de forma que agregasse os seus serviços e os dos municípios. Os convênios foram reforçados como forma de transferência de recursos (INSTITUTO DE PESQUISAS

ECONÔMICAS APLICADAS, 2008). O SUDS, portanto, já agregava elementos da reforma sanitária, como integralidade, universalidade, hierarquização, controle social e, em maior ênfase, a descentralização. O estudo de Pereira (1996) aponta atores políticos favoráveis e desfavoráveis ao novo sistema, sendo que as principais críticas dos setores de esquerda referiam-se ao deslocamento de poder e de recursos do nível federal para os estados, o que proporcionou aos secretários de Saúde que utilizassem esse poder como trampolim político, já que vários deles concorreriam para governador ou deputado. Outra crítica é que, embora o SUDS traga a ideia da descentralização, consistiu mais na “estadualização” dos serviços de saúde do que na municipalização. Apesar de todas as forças políticas que atuaram contra o SUDS, bem como os grupos de interesse que se viram afetados pela descentralização dos serviços de saúde, reforçados pelo conservadorismo do governo Sarney, e com a saída de vários líderes reformistas do MS e do MPAS, ainda assim o SUDS resistiu devido à força política de governadores e do CONASS junto a parlamentares (PEREIRA, 1996).

A CNRS foi criada após a VIII Conferência Nacional de Saúde, reunindo representantes de ministérios, conselhos, sindicatos, movimentos sociais, Senado e Câmara. Essa Comissão elaborou uma proposta para o novo sistema de saúde que subsidiou os trabalhos da Constituinte. Essa proposta representou uma vitória do movimento e dos defensores da saúde pública, já que refletia os desejos e necessidades amplamente debatidos na VIII Conferência Nacional de Saúde.

O papel dos sanitaristas na criação e nos princípios que regeriam o SUS, como ficou claro até aqui, foi essencial. Na redemocratização eles conseguiram colocar a reforma da saúde na agenda e conseguir apoio político para ela (MENICUCCI, 2009). Na transição democrática e no contexto da crise do modelo de saúde vigente até então abriu-se o que Kingdon (1995) denomina “janela política”, que possibilitou que forças políticas mais fracas conseguissem influenciar a formulação da política de saúde e pautá-la na universalidade e equidade (MENICUCCI, 2009). A transição democrática propiciou a entrada de novos atores nos debates políticos e arenas decisórias e, com isso, favoreceu a atuação do movimento sanitário. Entretanto, conforme Pereira (1996) o movimento sanitário não é uniforme, e há pelo menos duas estratégias distintas colocadas no período da redemocratização, que apontavam para caminhos distintos na implementação do novo sistema público de saúde. Uma das estratégias apontava para a unificação dos serviços de saúde no âmbito federal e a integração do INAMPS ao Ministério da Saúde, e a outra defendia a modernização do INAMPS e sua manutenção como órgão centralizador dos serviços de saúde.

Sob influência desse movimento reformista, a Assembléia Nacional Constituinte (ANC) iniciou seus trabalhos em fevereiro de 1987 e os concluiu em outubro de 1988, num processo marcado pelo enfrentamento entre setores conservadores e reformistas, que conseguiram inserir direitos e inovaram ao criar a seguridade social, integrando a ela as ações de saúde, previdência social e assistência social e, ainda, reconhecendo a saúde como um direito social universal e dever do Estado, institucionalizando, portanto, a saúde pública e universal. Outra importante inovação da Carta foi promover a descentralização e a elevação dos municípios a entes federados. Desde então, diversos autores têm discutido temas relacionados ao federalismo brasileiro e à descentralização de políticas públicas, especialmente sob o ponto de vista do federalismo fiscal e suas implicações para as políticas³.

Os setores conservadores eram compostos pelo setor de prestação de serviços de saúde que dependia do Estado e se uniram ao denominado Centrão⁴, defendendo a livre iniciativa de prestação de serviços de saúde, a baixa regulação e a seletividade na clientela, ou seja, eram contrários à universalidade. Já os setores reformistas contavam com pessoas do movimento sanitário, parlamentares progressistas e movimentos sindicais, e defendiam as propostas da VIII Conferência e da CNRS. Para o deputado Eduardo Jorge, que compunha a Subcomissão da Saúde, o sucesso das propostas reformistas deveu-se ao fato do grupo privatista não ter uma proposta concreta para se opor à proposta dos reformistas e, principalmente, o fato de que os grupos políticos conservadores priorizaram as comissões da área econômica e de agricultura, ficando a área social mais para os grupos de centro-esquerda, que formaram uma coalizão, a despeito das discordâncias internas que ainda refletiam as diferentes visões do MPAS e do MS sobre o novo sistema de saúde (PEREIRA, 1996).

Assim, sob influência direta dos sanitaristas e com forte apelo popular, e num cenário de debates e pontos não consensuais, a saúde pública universal é constitucionalizada em 1988.

2.2 A Saúde na Constituição e a operacionalização do novo sistema

Já aprovada na Constituição contemplando a maioria das propostas da VIII Conferência, a saúde é colocada como direito social já no artigo 6º, juntamente com educação,

³ Alguns autores estudaram as relações entre federalismo fiscal e financiamento da saúde, como Dain et al (2001), Faveret (2002) e Lima (2005)

⁴ O Centrão era um bloco suprapartidário, sendo PDS, PFL e PTB os partidos com maior participação percentual e tinha caráter conservador (MUNHOZ, 2011)

alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e infância e assistência aos desamparados (BRASIL, 1988).

O capítulo II dispõe sobre a Seguridade Social, assim definida no artigo 194:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (BRASIL, 1988)

A Seção II dispõe sobre a saúde, assim definida no artigo 196, que contempla as ideias e propostas do movimento sanitário e da VIII Conferência:

Art. 196. 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 a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

O artigo 197 considera a saúde de relevância pública e define a responsabilidade do Poder Público na regulamentação, fiscalização e controle, determinando também que a prestação dos serviços de saúde possa ser realizada diretamente pelo Estado ou por terceiros, bem como pessoas físicas e jurídicas de direito privado. O artigo 199 estabelece que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, estabelecendo, portanto, o caráter dual da prestação de serviços de saúde no país. Nesse sentido, alguns autores argumentam que não houve ruptura com o modelo de saúde vigente, pois a dualidade público/privado foi mantida, não constituindo de fato um projeto de caráter público (MENICUCCI, 2009). O que podemos destacar, por outro lado, é que o Brasil implementou um sistema de saúde público e universal na contramão do que faziam diversos países no contexto de redefinição do tamanho e do papel do Estado. Enquanto sistemas que inspiravam o brasileiro se reorganizavam e redefiniam⁵, diminuindo direitos e coroadando a preponderância do privado perante o público, o Brasil institucionalizava o SUS e o garantia a todos os brasileiros. Entretanto, conforme demonstram os dados da OMS, o financiamento público predomina nesses países.

O artigo 198 estabelece a organização das ações e serviços de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de saúde, caracterizado pela

⁵ No contexto de crise fiscal, para contenção de gastos, o Estado de Bem Estar Social é superado. A experiência norte-americana de reforma no setor de saúde (final da década de 70) traz o conceito de competição administrada (baseada na livre escolha dos consumidores e na competição de preços entre planos e serviços) e influencia a reforma em diversos países europeus. Exemplo disso é o “Mercado Interno”, modelo inglês implementando em 1989, o “Competição Pública” da Suécia, além de reformas na Holanda em 1987 e Nova Zelândia em 1993, influenciando também Itália (1992) e Espanha (1991) (Almeida, 1996)

descentralização, a integralidade do atendimento e a participação social. Finalizando a seção dedicada à saúde na Constituição, o artigo 200 define as competências mais gerais do Sistema Único de Saúde, bem como seus princípios, que serão delineados na Lei Orgânica da Saúde (LOS) em 1990.

Após a aprovação das diretrizes e bases da política de saúde na Constituição Federal, houve um período de discussão no Congresso Nacional acerca da legislação de regulamentação e funcionamento do SUS, que culminou na aprovação da LOS, a lei 8080/90, que trata da organização, competências e funcionamento do SUS (BRASIL, 1990a). A gestão do sistema passou a ser um aspecto importante na política, pois a implementação do SUS passava por algumas tarefas que exigiam tempo e recursos financeiros, como:

[..] efetivar a mudança do modelo de atenção, garantir a integralidade do atendimento mediante a organização dos fluxos de cuidado para assegurar acesso a todos os níveis, articular prioridades locais e nacionais, implantar políticas capazes de responder às necessidades da população, assegurar disponibilidade dos serviços necessários e desenvolver capacidades para a gestão dos serviços em todas as esferas de governo [...] (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2011, p. 235)

A lei 8080/90 reafirma a saúde como direito fundamental do ser humano e a responsabilidade do Estado em garanti-lo por meio de políticas públicas. Os princípios do SUS dispostos na Lei são a universalidade de acesso em todos os níveis de atenção, integralidade da assistência, preservação da autonomia da pessoa, igualdade da assistência à saúde, direito à informação do usuário sobre sua saúde, divulgação de informações, utilização de epidemiologia na definição de prioridades e recursos, participação da comunidade, descentralização, regionalização e hierarquização, entre outros.

A lei também define em seu artigo 35 as variáveis consideradas no cálculo de transferências federais aos governos subnacionais, que ocorre de forma direta do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Estaduais de Saúde (FES) e Fundos Municipais de Saúde (FMS). O critério utilizado aporta 50% dos recursos do FNS para os entes considerando o quociente da sua divisão pelo número de habitantes, independente de qualquer procedimento prévio (BRASIL, 1990a). Os 50% restantes são distribuídos conforme a combinação dos seguintes critérios:

- a) perfil demográfico da região;
- b) perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- c) características quantitativas e qualitativas da rede de saúde;

- d) desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- e) níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- f) previsão do plano quinquenal dos investimentos na rede;
- g) ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

A LOS, entretanto, sofreu vários vetos do então presidente Fernando Collor após a sua aprovação no Congresso Nacional, que implicaram na diminuição da efetividade dos mecanismos de participação social e da definição de repasse de recursos entre os entes federados. Dessa forma, foi necessário elaborar lei complementar, a lei 8142/90, dispendo sobre a participação popular e transferências intergovernamentais de recursos para o SUS. A lei dispõe que, com a falta de regulamentação⁶ do artigo 35 da LOS, o único critério a ser seguido para os repasses será o do quociente de sua divisão pelo número de habitantes. A proporção de repasse é de no mínimo 70% para os municípios e o restante para os estados e Distrito Federal. Além disso, a lei condiciona o repasse à criação dos FES e FMS, dos Conselhos estaduais e municipais de Saúde, elaboração do Plano de Saúde, elaboração de relatórios de gestão, contrapartida de recursos para saúde no orçamento receptor das transferências, e constituição de comissão para o Plano de Carreira, Cargos e Salários, com prazo de dois anos para sua implantação. Além disso, a lei dá abertura para que os municípios formem consórcios para prestação de ações e serviços de saúde, remanejando entre si os recursos transferidos pela União.

Lima (2006) aponta que a fragilidade das leis 8080/90 e 8142/90 reside na falta de estabelecimento do montante a transferir, na indefinição sobre a cooperação financeira entre estados e municípios, assim como na formação dos consórcios. A autora também considera que na prática o governo federal, por meio do MS, estabeleceu as regras para o financiamento descentralizado contrariando o que estava disposto na legislação, o que se evidencia com a publicação de várias portarias ministeriais, como as Normas Operacionais Básicas (NOBs).

As NOBs foram normas editadas pelo Ministério da Saúde para operacionalizar o disposto em lei, especialmente o financiamento e organização do sistema, como divisão de

⁶ A lei 8080 foi regulamentada em 28/06/2011, pelo Decreto nº 7508. Não abordaremos essa regulamentação por fugir do período delimitado para pesquisa e ser tão recente que ainda não há informações disponíveis sobre as mudanças práticas. Da leitura do Decreto, podemos considerar que ele versa sobre a organização do SUS, a assistência e a articulação interfederativa, avançando nas questões de estruturação do sistema e gestão compartilhada. Outro avanço importante do Decreto é a criação da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). Entretanto, não estabelece regras quanto ao financiamento, talvez porque a EC29 dispõe que lei complementar tratará de tal assunto. Reconhecendo os méritos do Decreto, devemos também destacar que a demora de mais de vinte anos na regulamentação, que dependia apenas de um Decreto, evidencia o quanto o SUS carece de priorização por parte do Poder Executivo.

responsabilidades sobre os serviços de saúde. Elas também definiam a forma e os critérios de repasses de recursos aos governos subnacionais, bem como as condicionantes para tal. Entretanto, nem todos os dispositivos das normas eram cumpridos, conforme estudos de Lima (1999). Na definição de Aciole (2006):

“As Normas Operacionais Básicas, NOBs, são um instrumento normativo, regulamentador dos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde, e constituem tarefa constitucional atribuída ao Ministério da Saúde, como função precípua de quem cumpre realizar a definição operativa do Sistema, desde a sua regulamentação em 1990.” (ACIOLE, 2006, p. 201)

Entretanto, conforme alerta Machado (2005) as portarias do MS não têm valor legal, pois são atos administrativos e que, como são elaboradas em diferentes conjunturas políticas, sofrem os efeitos das preferências governamentais, da atuação dos demais atores e do momento de implantação do SUS. A opção pelas normas também refletem o caráter centralizador do MS e o descumprimento do estabelecido na LOS, especialmente no que se refere aos repasses financeiros. Contrariando a LOS, foi criado um sistema de pagamento por produção, e estados e municípios foram remunerados conforme tabela nacional de procedimentos que também servia ao pagamento de prestadores privados. Além disso, a própria NOB 01/91 refletiu o poder do INAMPS sobre o novo sistema, já que foi elaborada pelo seu presidente. Refletia, portanto, a perspectiva centralista daquele órgão.

As NOBs 01 e 02 de 1991 passaram a associar repasses de recursos e transferência de poderes sobre unidades que pertenciam ao INAMPS⁷, condicionando-os também à existência de fundos e conselhos de saúde, bem como à estruturação de secretarias estaduais e municipais de saúde. Entretanto, conforme apontam Aciole (2006) e Ugá et al (2003) os serviços estatais de estados e municípios foram tratados como meros prestadores nas mesmas condições que serviços privados e não havia transferências intergovernamentais, ou seja, não houve avanços na descentralização disposta na Constituição. Conforme Carvalho (2002) a prática de pagamento por produção era ilegal, já que, conforme apontado acima, a lei 8080/90 estabelecia que 50% dos recursos seriam repassados a estados e municípios pelo

⁷ O INAMPS foi extinto apenas em 1993, por força da Lei nº8689/93, tendo suas dotações orçamentárias transferidas para o Fundo Nacional de Saúde (FNS) e o quadro de pessoal para o MS. Pela lei, a União se comprometeu a garantir ao SUS o repasse de recursos compatíveis com a média de gastos da autarquia nos últimos cinco exercícios fiscais. Já os imóveis e equipamentos foram inventariados e incorporados para a União, sendo que hospitais e postos de saúde seriam doados ou cedidos aos entes subnacionais

critério populacional, e a lei 8142/90 estabeleceu que, enquanto não regulamentado o artigo 35 da lei 8080/90, o único critério para repasse seria o populacional.

A NOB 01/93, editada pela Portaria MS nº 545, de 20 de maio de 1993, já no governo Itamar Franco, avança na questão da municipalização, criando uma gestão autônoma, com repasses diretos entre os entes federados, além dos recursos deixarem de ser definidos pela tabela de procedimentos. Essa NOB reflete a IX Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi “Saúde: Municipalização é o caminho”. Assim, essa NOB apresenta um grande avanço ao criar a transferência fundo a fundo⁸, que representa a transferência automática de recursos, não necessitando mais da realização de convênios e constituindo-se em mecanismo importante na relação entre os entes. Nela também são criados os níveis de gestão incipiente, parcial e semiplena, válidas tanto para estados quanto municípios e variável conforme aspectos de competência e responsabilidades administrativas, mas que, devido às dificuldades financeiras do Ministério, implicaram numa adesão tímida dos estados e municípios à gestão mais avançada, a semiplena (PIOLA; REIS; RIBEIRO, 2001). Outro aspecto importante da NOB foi considerar como instância formal do SUS a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e determinar a criação das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) nos estados. A CIT passa a ter papel fundamental na política de saúde, sendo “*uma arena de representação federativa que tem poder de deliberação sobre as regras referentes à divisão de responsabilidades, às relações entre gestores e aos critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios*”. (ARRETCHE, 2003, p. 13)

A NOB 01/96 foi publicada após intensas discussões no âmbito do CNS, CIT, CONASS e CONASEMS e representou avanços na descentralização do SUS. As transferências de recursos fundo a fundo passaram a ser dividir em (a) Piso de Atenção Básica (PAB), (b) Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças, (c) Média Complexidade e (d) Alta Complexidade. Além disso, essa NOB reconheceu atribuições mais claras para os estados, avançou no reconhecimento dos espaços de negociação entre gestores (CIT e CIBs) e reduziu os estágios de gestão a dois: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema. Os municípios habilitados no primeiro estágio, isto é, na gestão plena da atenção básica, recebiam apenas os recursos relativos ao financiamento desta de forma regular e automática. Os procedimentos mais complexos (ambulatoriais e hospitalares) eram remunerados por produção. Já os municípios em gestão plena do sistema, como já acontecia com os municípios no estágio de gestão semiplena da NOB/93, recebiam, fundo a fundo, também os valores

⁸ O Decreto nº 1232/94 regulamentou o repasse automático fundo a fundo (BRASIL, 1994).

relativos aos procedimentos de média e alta complexidades. Assim, conforme demonstra Lima (2006), enquanto em dezembro de 1997 apenas 144 municípios recebiam recursos fundo a fundo, em dezembro de 1998 esse número passou a 5049 municípios e dois estados. Segundo Arretche (2003), em maio de 2002, 99,6% dos 5.560 municípios e doze dos 27 estados estavam habilitados em alguma das condições de gestão da NOB 1/96. As transferências diretas aos fundos de estados e municípios correspondiam a 60% dos recursos federais da assistência à saúde. Com a NOB 1/96, o processo de descentralização foi acelerado.

Outro aspecto importante da NOB 01/96 foi a criação de incentivos para adesão ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família, bem como a criação do Piso Assistencial Básico⁹ (PAB), valor per capita de R\$ 10,00, transferido de forma automática para estados e municípios executarem ações de atenção básica, e que representou alteração do modelo de transferência de recursos, já que dissociou a produção do faturamento. Ele representou um fôlego para os municípios carentes e com estruturas precárias, já que estes tinham números de atendimento mais modestos, e, portanto, recebiam poucos recursos, já que o pagamento era atrelado à produção, num modelo que representava uma visão de saúde não condizente com o que os sanitaristas idealizaram para o SUS, já que ao privilegiar o número de procedimentos, deixava de lado ações preventivas e de promoção à saúde. Além do componente fixo, o PAB tinha um componente variável, ligado a diferentes ações ou programas específicos, como Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Combate às Carências Nutricionais, Programa de Controle de Endemias, Assistência Farmacêutica Básica e Ações Básicas de Vigilância Sanitária, transferindo a municípios que tenham aderido a esses programas¹⁰, e calculado de acordo com o número de equipes e população abrangida.

Embora essas NOBs tenham contribuído para os avanços na descentralização dos serviços públicos de saúde, alguns autores apontam os problemas delas derivados. Biasoto Jr. (2003) e Mendes (2001) destacam que o desenvolvimento de sistemas municipais com pouca articulação regional levou a ineficiências de escala em ocupação de leitos hospitalares e utilização de equipamentos específicos, por exemplo. Outra questão importante é que tanto municípios de maior porte passaram a restringir o atendimento a usuários de outros

⁹ A vigência do PAB iniciou-se em fevereiro/1998. Posteriormente, denominou-se Piso de Atenção Básica

¹⁰ Atualmente, o PAB variável é composto também por Ações Básicas à Saúde dos Povos Indígenas, Saúde Bucal e Ações Básicas e de Média Complexidade em Vigilância Sanitária.

municípios, quanto alguns municípios passaram a encaminhar usuários para outras localidades de forma oportunista (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2011).

Lima (2006) discute algumas das mudanças provocadas pelas normas operacionais, citando (a) o retardamento das transferências automáticas fundo a fundo, levando a um tipo de descentralização controlada pelo MS; (b) *mudança da ideia original de repasses globais não fragmentados (tipo “block grants”) para mecanismos distintos de transferências, segundo nível da atenção à saúde, tipo de serviço ou programa (tipo “project grants”)*¹¹ (*idem*, p. 117); (c) inclusão de novos critérios para repasse e aplicação dos recursos e (d) manutenção da remuneração direta do MS aos prestadores de serviços por parte de unidades privadas credenciadas ao SUS ou administradas por governos estaduais ou municipais.

Em 2001 as NOBs foram substituídas pelas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS). O financiamento do PAB passou a contemplar também os procedimentos da média complexidade de acordo com um valor per capita nacional. As NOAS de 2001 e 2002 priorizaram questões relacionadas ao acesso aos serviços e a regionalização dos mesmos, na tentativa de estimular e fortalecer as relações intermunicipais para atendimento das demandas de saúde da população, por meio da criação das microrregiões de saúde. Assim, a NOAS de 2001 exige um Plano de Desenvolvimento Regional, coordenada pelos estados e fundada na colaboração inter-municipal, ou seja, estabelecendo uma nova lógica para minimizar o problema da desarticulação regional. Além disso, a NOAS 01/01 aumenta o número de ações do PAB fixo, criando o PAB ampliado, que compreendia alguns programas como controle da tuberculose, da hipertensão arterial, do diabetes, saúde da mulher, saúde bucal etc. Para receber o PAB-A, os municípios deveriam se habilitar na Gestão Básica Ampliada ou Gestão Plena do Sistema Municipal, ambas criadas pela NOAS.

Já a NOAS 01/2002 se assemelha bastante à de 2001, tendo sido editada em razão de dificuldades de operacionalização da NOAS 01/01, e amplia as responsabilidades municipais na atenção básica, bem como modifica os critérios para habilitação de estados e municípios.

As NOBs e NOAS tiveram papel importante na operacionalização do SUS, porém refletem um maior controle da burocracia estatal sobre as decisões, em detrimento de uma maior participação social conforme prevê a Constituição. (GERSCHMAN; SANTOS, 2006). Lima (2006) considera que a adoção de políticas e programas nacionais por parte do MS para

¹¹ Os block grants correspondem a transferência de recursos em bloco para grandes áreas, enquanto que os projects grants correspondem a transferências para projetos específicos

repasso de recursos, de forma fragmentada, restringiu a autonomia dos gestores subnacionais para implementarem políticas que respondam às necessidades locais.

Com o esgotamento do modelo de normas operacionais, foi introduzido, por meio da Portaria GM/MS nº 399/2006 o Pacto pela Saúde, em 2006 (BRASIL, 2006). Esse Pacto representa um arranjo interfederativo e contempla o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida refere-se a um conjunto de prioridades que apresentam impactos na saúde da população brasileira, como saúde do idoso, saúde do trabalhador, saúde mental etc. Já o Pacto em Defesa do SUS busca fortalecer o SUS enquanto política de Estado e recupera os seus princípios constitucionais. Já o Pacto de Gestão estabelece diretrizes relacionadas à gestão, como financiamento, planejamento e descentralização, entre outros.

Entre outras mudanças, houve alteração das transferências da União aos estados e municípios, com a definição de seis blocos (atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância à saúde, assistência farmacêutica, gestão e investimentos na rede de serviços de saúde). Representou também avanços na gestão compartilhada do SUS, com a regionalização cooperativa. O principal aspecto é que o Pacto respeita as diferenças regionais, rompendo com o que se praticava nas NOBs e NOAS. O rearranjo das transferências em seis blocos representou maior autonomia para os gestores locais, pois com exceção da assistência farmacêutica, podem ocorrer transferências de recursos entre atividades do mesmo bloco. O grande mérito da nova sistemática adotada pelo Pacto é a superação da lógica anterior das NOBs, que estabelecia as regras nacionais sem levar em conta as possibilidades de integrações regionais que melhor respondessem às demandas da saúde da população. Entretanto, conforme Lima e Machado (2008) mesmo com essas mudanças e com o arranjo em seis grandes blocos de repasse, a lógica de distribuição de grande parte dos recursos permaneceu vinculada à adesão aos programas federais.

O rearranjo institucional promovido pelo SUS implica na municipalização dos serviços de saúde, seja na transferência de unidades da gestão federal ou estadual para o plano municipal, seja pela criação de uma rede municipal (ACIOLE, 2006, p. 246). Esse processo não é uniforme, já que ocorre de formas variadas e em tempos variados nos municípios brasileiros. Assim, a saúde no Brasil saiu de um sistema fortemente centralizado para, na década de 90, incorporar milhares de gestores municipais na constituição do SUS. Decorridos vinte e três anos da promulgação da Constituição, observamos que o sistema de saúde evoluiu no sentido da regionalização, da descentralização e do foco no usuário do serviço, ainda que apresente problemas. Isso se deve em grande parte ao movimento sanitário já apontado neste

estudo, refletindo, portanto, um produto de discussões e de um amplo processo de politização e problematização da questão.

Couto e Arantes (2006) exploraram questões relacionadas à constitucionalização de políticas públicas no Brasil, observando que a Constituições normalmente apresentam estabilidade e contêm princípios fundamentais que norteiam e direcionam o Estado. Entretanto, devido a fatores como a configuração do sistema político brasileiro, nossa Constituição apresenta muitos dispositivos que expressam políticas públicas e que estão, portanto, sujeitos às agendas e plataformas políticas dos governos. Tal característica leva à permanência de uma agenda constituinte no Brasil após a promulgação da Constituição Federal de 1988 (*idem*). A política de saúde é um exemplo claro do que os autores argumentam. Podemos observar também que, em favor do SUS, foi justamente o detalhamento dessa política na Constituição que favoreceu a sua implementação de acordo com o que está disposto e que permitiu o acompanhamento de diversos atores e organizações que continuam pautando o debate nacional sobre a necessidade de aprimoramento do sistema e definição do seu financiamento, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) etc.

3. Financiamento do SUS: dilemas de ontem e de hoje

Após a contextualização do sistema de saúde implantado no Brasil, passaremos a discutir o financiamento do SUS.

Na década de 90, durante a implementação do sistema, o mesmo sofre os impactos da lógica de reforma do Estado, com a busca de equilíbrio fiscal, redução de gastos e diminuição do tamanho do Estado brasileiro. Esse contexto abre uma nova janela política que desloca a agenda pública para questões fiscais. No período entre 90 e 94 o processo de institucionalização é acelerado, embora não refletisse o disposto na Carta de 1988. A Constituição estabelecia o modelo de Seguridade Social como uma grande rede composta pela saúde, a previdência e a assistência social, ancoradas num grande Orçamento da Seguridade Social (OSS). Entretanto, observa-se que o que ocorre é uma disputa por recursos entre as três áreas e, mais acentuadamente entre Previdência Social e Saúde, devido à instabilidade das receitas provocada pelas políticas de ajuste fiscal (MACHADO, 2007; BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2009). Isso reflete na instabilidade de recursos para a saúde, mesmo com a aprovação da CPMF em 1996. Em 2000, com a aprovação da EC 29, a situação não melhora, já que a regulamentação demora mais de dez anos para se concretizar. Isso permitiu que os governos distorcessem a aplicação de recursos e dificultou o controle do Judiciário e do Tribunal de Contas sobre isso, embora esse órgão tenha atuado de forma expressiva, conforme demonstraremos neste trabalho.

Pereira (1996) argumenta que a implantação do SUS em meio à crise fiscal e sem apontar novas fontes de financiamento acabaram por afastá-lo de alguns princípios da reforma sanitária, como a universalidade e produzindo como efeito o fortalecimento dos planos privados de saúde. Além disso, o autor aponta que a descentralização promovida na CF, especialmente no tocante à saúde, reflete uma das principais bandeiras do movimento reformista, que a via como solução para os problemas do modelo centralizado e autoritário, mas sem perceberem que a sua implementação também teria limites (PEREIRA, 1996).

Nesse sentido, vamos demonstrar como o financiamento do SUS foi tratado na CF 88 e na legislação posterior, também no âmbito de portarias e normas, bem como os avanços e limites da política de financiamento.

3.1 Entendendo o financiamento do SUS

Nas décadas de 70 e 80, no período que antecedeu a Constituição de 1988, a área de saúde recebia recursos de orçamento previdenciário, oriundos do SINPAS e consistia na partilha de recursos entre benefícios previdenciários, assistência social e assistência médico-hospitalar. O sistema arrecadava seus próprios recursos, a partir principalmente da Contribuição Social de Empregados e Empregadores para a Previdência Social e, na década de 80, da contribuição sobre o faturamento das empresas, vinculada ao Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL), e a União pouco participava das transferências para o sistema, além do orçamento do SINPAS não tramitar para apreciação no Congresso. Outra fonte de recursos, o orçamento fiscal, correspondia aos programas do Ministério da Saúde que concorriam por recursos junto com diversas áreas, como educação, justiça, transportes etc. (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011). Esse financiamento era destinado às ações de saúde já mencionadas neste trabalho. Portanto, esse modelo de financiamento era fortemente dependente da conjuntura econômica, já que em tempos de crise o desemprego aumentava e, portanto, a arrecadação da Previdência diminuía. Foi o que se verificou na década de 80.

A ANC, ao aprovar o texto Constitucional que cria o Sistema Único de Saúde, contemplou quase todas as propostas da CNRS, excluindo a vinculação permanente de recursos para a saúde, contrariando, assim, a recomendação da CNRS de vincular à saúde 10% do PIB. Outra recomendação da VIII Conferência e da CNRS não atendida foi a de separação entre saúde, assistência social e previdência social. O que ocorreu foi a criação da Seguridade Social e a integração entre essas áreas, conforme artigo 194 da CF já mencionado neste trabalho.

O OSS foi criado e a expectativa era de que absorvesse não apenas as contribuições sobre a folha de pagamentos, mas todas as contribuições sociais, o que na prática não se verificou. Com a criação do OSS foram criadas a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) incidindo sobre o faturamento bruto das empresas e a Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL) e, mais tarde, a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) que, juntamente com diversos impostos federais, estaduais e municipais (imposto de renda, impostos sobre produtos industrializados, impostos sobre exportações, imposto sobre circulação de

mercadorias e serviços, imposto sobre propriedade de veículos automotores etc.) constituem a base de financiamento do SUS.

À época das discussões na Constituinte, os críticos ao OSS e à universalidade, especialmente os conservadores, argumentavam que não se podia criar um sistema universal e absorver mais de 100 milhões de pessoas utilizando a mesma base de financiamento que atendia aproximadamente 40 milhões de segurados, sendo 27 milhões ativos e 13 milhões de aposentados. Na prática, 85% dos recursos do OSS continuaram saindo da folha de pagamentos, ou seja, houve um acréscimo de 15% nos recursos. Lima (2006) aponta que os argumentos a favor do orçamento único para a Seguridade Social passavam pela justificativa de que este favoreceria a área social nos embates com a área fazendária na disputa por recursos, bem como a variedade de receitas e a não vinculação de fontes exclusivas¹² traria mais estabilidade ao orçamento. Entretanto, como já apontamos neste trabalho, ocorre justamente uma disputa por recursos entre as áreas, na contramão do desejado pelos Constituintes.

Na proposta do relator da Comissão de Ordem Social, o senador Almir Gabriel (PMDB-PA) foi sugerida a criação do Fundo Único de Seguridade. Conforme relato presente no estudo de Pereira (1996) a ideia era ter uma visão global e intersetorial para tratar a saúde da população brasileira, a partir das relações e da integração com outros setores. Pereira (1996) também aponta que os defensores do Fundo Único de Saúde tinham o receio de que a área de saúde seria prejudicada pela falta de definição de recursos específicos. A proposta vencedora contemplou um Ministério da Saúde forte, mas sem autonomia financeira, já que os recursos da saúde ficaram integrados ao OSS. O artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) determinou que 30%, no mínimo, do OSS (exceto o seguro desemprego) deveriam ser destinados à saúde, até que fosse aprovada a primeira LDO.

O que podemos notar é que, ao conferir transitoriedade à vinculação de recursos para a saúde, os Constituintes estariam se posicionando contrariamente à vinculação e deixando para a LDO a tarefa de distribuir racionalmente os recursos (BARROS; PIOLA; VIANNA, 1996). Entretanto, tal dispositivo referia-se apenas aos recursos federais, ficando uma lacuna para os estados e municípios, o que é algo significativo, já que o sistema estava fortemente descentralizado e a CF previa o financiamento tripartite da saúde, ou seja, União, Estados e Municípios tinham responsabilidades compartilhadas, mas pouco definidas em relação ao financiamento no texto constitucional. Além disso, impactaram diretamente no

¹² A única exceção é o PIS/PASEP, destinado ao pagamento do seguro-desemprego, ao abono do PIS/PASEP e ao empréstimo do BNDES às empresas.

financiamento do sistema as mudanças tributárias e a instituição da própria LDO. A descentralização tributária promovida na CF é essencial para o SUS e outras políticas sociais. A nova partilha das receitas estabelecida pela Carta favoreceu os estados e municípios, que tiveram aumento expressivo nos repasses. Souza (2001) argumenta que a perda de recursos por parte da União no sistema tributário em favor dos estados e municípios levou a essa dificuldade de estabelecer de forma mais criteriosa a distribuição de recursos para a Seguridade Social na CF. Oliveira e Rezende (2005) afirmam que a nova composição do bolo tributário foi feita para dar condições financeiras aos estados e municípios diante do seu novo papel nos direitos sociais. Além de ganharem maior autonomia tributária, especialmente ampliando seu campo de competência e, assim, ganharem novos impostos, os estados e municípios tiveram aumentos expressivos nas transferências federais. O Fundo de Participação dos Estados (FPE) passou de 14% para 21,5% e o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) de 17% para 22,5%. Essas mudanças, ao lado de outras, como os 3% das receitas do IR e do IPI destinados ao Fundo Constitucional de Financiamento das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e os 10% sobre o montante do IPI destinados ao Fundo de Compensação das exportações de produtos manufaturados, destinados aos estados e Distrito Federal proporcionalmente às suas exportações de produtos industrializados e 50% do ITR aos municípios onde se localizam os imóveis rurais, fizeram com que a União perdesse receita na arrecadação tributária e estados e municípios ganhassem (OLIVEIRA; REZENDE, 2005).

O artigo 195 da CF 88 dispõe sobre o financiamento da Seguridade Social. O texto de 1988 estabeleceu o financiamento de forma direta ou indiretamente por toda a sociedade, por meio de recursos oriundos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios e das contribuições sociais dos empregadores (folha de salários, faturamento e lucro) e dos trabalhadores, bem como da receita de concursos e prognósticos. Essa redação foi alterada por emendas constitucionais em 1998 e 2003, estabelecendo que o financiamento da Seguridade Social teria origem nas contribuições do empregador e da empresa sobre: (a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; (b) a receita ou o faturamento; (c) o lucro; (d) as contribuições do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social; (e) as contribuições sobre a receita de concursos de prognósticos e (f) do importador de bens ou serviços do exterior (BRASIL, 1988). Dessas contribuições, a única que não se destinaria ao setor de saúde seriam as de programas de proteção ao trabalhador. Entretanto, os dispositivos constitucionais não eram auto-aplicáveis,

dependendo de legislação infra-constitucional e refletindo, segundo Pereira (2002) as próprias tensões e questões não resolvidas no âmbito da ANC. Além disso, decorreram mais de dois anos até a aprovação da LOS, por exemplo, o que demonstra que era necessário construir consensos sobre o novo direito social.

Os entes federados também participariam do financiamento da Seguridade Social por meio dos recursos oriundos da descentralização tributária. Entretanto, conforme ponderam Oliveira e Rezende (2005) como não houve distribuição de encargos e de mecanismos de cooperação entre os entes, a descentralização de recursos acabou enfraquecendo a Federação e, conseqüentemente, as políticas sociais. Souza (2001) afirma que a descentralização tributária promovida pelos Constituintes teve a intenção de restringir o poder do governo federal, mas poucos constituintes dimensionaram as conseqüências e implicações.

Assim, as fontes de financiamento do SUS são os recursos provenientes de tributos e contribuições sociais, no âmbito federal e os recursos oriundos da arrecadação estadual e municipal. O FNS é o gestor financeiro dos recursos federais e responsável pelas transferências fundo a fundo, independente de convênio e de acordo com o nível de gestão dos estados e municípios estabelecida na NOB 01/96 e NOAS 01/2001. O FNS financia ações de atenção básica (PAB fixo e variável) e procedimentos de média e alta complexidade. Marques e Mendes (2002) demonstram que entre 1998 e 2002 os repasses federais para a atenção básica cresceram 77%, representando 25% dos repasses federais para a saúde. Os mesmos autores advertem que ao criar o PAB, o governo concentra a definição de políticas rompendo com a autonomia dos municípios para implementarem políticas de acordo com a realidade local. Além disso, devido ao baixo valor de repasse para os programas promovidos pelo MS, os municípios complementam o financiamento dos mesmos. Já os recursos transferidos para ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar aos municípios habilitados para tal na NOB 01/96 e NOAS refletem a capacidade instalada e a produção histórica registrada nos sistemas específicos do MS. De fato, notamos que o PAB reforça o papel do MS na centralização das estratégias de ações e serviços de saúde, refletindo numa posição de submissão por parte dos municípios, que não têm alternativa a não ser a adesão aos programas do MS. Por outro lado, pelos princípios do SUS e pela forma de organização do sistema, faz sentido que o nível local assuma a gestão da assistência básica.

Lima (2006) aponta que as transferências federais não são suficientes para equilibrar a distribuição de receitas entre os municípios, especialmente porque o PAB variável é o responsável pela redistribuição fiscal para os municípios carentes da região Norte e Nordeste, enquanto os recursos das ações de média e alta complexidade são destinados para

municípios e capitais grandes. Assim, a EC 29 não teria poder de afetar positivamente os orçamentos desses municípios, já que a capacidade de arrecadação deles é menor e a disponibilidade de fontes também. Além disso, esses municípios utilizam uma parcela maior de seus orçamentos para realizar ações e serviços de saúde, além de dependerem mais dos repasses do MS e, portanto, das políticas daquele Ministério (LIMA, 2006, p. 272). No âmbito estadual a autora conclui que também há diferenças marcantes, principalmente na região Nordeste, especialmente pela capacidade de arrecadação e apropriação do FPE. Dessa forma, a autora conclui que o modelo de financiamento brasileiro, além de heterogêneo, é muito fragmentado nos dispositivos de transferência e o uso dos recursos é altamente induzido pelo MS.

Além dessas ações, desde 1999 foi implantado o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), que integra ações consideradas “extra teto” e consistem em ações eleitas pelo MS como estratégicas, como transplantes, cirurgias de catarata etc. Posteriormente, o FAEC passa a financiar também ações de alta complexidade. Outra estratégia de financiamento do MS se dá pela tabela nacional de remuneração dos prestadores.

Lima (2006) aponta que até 1998 a forma preponderante de repasse de recursos foi pela remuneração dos serviços prestados por unidades de saúde de estados e municípios, respeitando-se o teto fixado em cada norma operacional. A autora também relata que em 2002 essa forma de financiamento ainda respondia por 30% da execução federal. Esse critério de repasse, por serviços prestados, contraria disposições legais das leis 8080/90 e 8142/90, já comentadas neste trabalho. A autora considera que essa forma de financiamento também afeta a equidade nas ações de saúde, já que estados e municípios com melhor capacidade instalada (hospitais, serviços de baixa e média complexidade etc.) recebem mais do que os que não possuem. Além disso, dificulta o planejamento em função da previsão de receitas, já que essas oscilam conforme a produção apresentada ao MS por meio dos sistemas de informação.

No contexto de crise dos anos 90, a necessidade de promover o ajuste fiscal fez com que o governo federal avançasse sobre o OSS. Além disso, o crescimento dos gastos previdenciários devido às alterações ocorridas na CF e aos aumentos no salário mínimo evidenciou um conflito entre direitos individuais (previdenciários) e direitos coletivos (saúde e assistência social). Para Oliveira e Rezende (2005), foi um erro agregar sob o mesmo orçamento direitos que contradizem¹³ entre si. Para eles, essa situação de confronto entre as

¹³ Lima (2006) argumenta que a intenção dos Constituintes era exatamente ampliar a noção de direitos individuais traduzindo-os como direitos sociais não constituindo, portanto, num conflito, mas na ampliação dos benefícios

áreas leva à crise de 1993, quando, devido ao crescimento das despesas previdenciárias, o INSS retira a contribuição de empregados e empregadores do orçamento compartilhado, passando a ser de uso exclusivo para os gastos da Previdência.

Resumindo esta seção, trazemos a simplificação de Machado (2005), que distingue três momentos na forma de execução de recursos da União. O primeiro momento vai de 1990 a 1994 e é caracterizado pelo pagamento por serviço prestado. Já do final de 1994 a 1997 há a transferência de recursos para os municípios habilitados na gestão semiplena, cujo teto fora definido pela série histórica de produção. Um terceiro momento, que vai de 1998 a 2002, a lógica muda bastante, as transferências são compostas por várias parcelas, ligadas a diferentes objetivos.

3.2 Crise no financiamento na década de 90 e conflitos políticos

Como vimos, ao tornar a saúde um direito social universal o Brasil iniciou uma das maiores políticas sociais do mundo, pois não há país com população do tamanho da brasileira que garanta serviços de saúde a todos de forma gratuita. Nesse sentido, a indefinição constitucional sobre fontes de recursos exclusivas para o SUS, bem como vinculação mínima, tornou-se um problema nos anos posteriores à institucionalização do sistema, especialmente pelo contexto em que se deu tal implementação. Ainda que a escassez de recursos para a saúde fosse um problema crônico brasileiro, ela se evidenciou com a institucionalização do SUS, pois no passado a assistência em saúde era restrita à população previdenciária, deixando milhões de brasileiros à margem desse direito, que mudou radicalmente com a universalização da saúde e a inclusão de todos os brasileiros. Além disso, como já ressaltamos, esse processo ocorreu em meio à crise fiscal dos anos 90, num contexto de políticas de ajustes fiscais que cortaram gastos públicos, iniciando disputas e conflitos entre os Ministérios da Saúde e da Fazenda (MACHADO, 2007; CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Machado (2005) relata que, nas entrevistas que realizou em sua pesquisa de doutorado com os Ministros da Saúde e dirigentes de 1º escalão no período de 1990 a 2002, todos referiram-se às relações do MS com a área econômica como tensas. As pressões ocorriam principalmente pela resistência da área econômica à vinculação de fontes, atraso na liberação de recursos e investidas para diminuição do funcionalismo, justamente no contexto

de implementação do SUS, mesmo momento de contenção de gastos e redução do papel do Estado. Em relação ao tema do financiamento, a autora destaca que foram três as principais causas de embates entre as áreas: a definição de fontes, a definição do montante do orçamento e a irregularidade na liberação de recursos para o MS. Nesse contexto, destacam-se Adib Jatene e José Serra enquanto ministros que adotaram posturas mais firmes de enfrentamento, buscando soluções que passavam pela criação de novas fontes ou alteração na estrutura tributária.

Machado (2005) aponta que na primeira metade da década de 90 a saúde enfrenta um sério problema de financiamento devido à política econômica restritiva e à instabilidade de fontes de receitas devido à não implementação do OSS tal qual disposto na CF. Comprovando o argumento da autora, podemos citar a crise ocorrida em 1993, que expressou tensões entre Saúde e Previdência, indo na contramão do que pretendiam os Constituintes ao agregar essas duas áreas, juntamente com a Assistência Social, sob o OSS.

A crise do financiamento da saúde em 1993 foi grave. Iniciou-se em 1992, com a especialização das fontes, ficando o Finsocial exclusivamente para Saúde e Assistência Social, e a contribuição sobre o lucro para o pagamento dos Encargos Previdenciários da União (EPU) (CARVALHO, 2002). Em 1993, o Ministro da Previdência suspende o repasse da contribuição de empregados e empregadores sobre a folha de salários à saúde, a partir de maio, que correspondia a aproximadamente 35% do orçamento do MS, contrariando o disposto na LDO, de que 15,5% da receita dessa contribuição seriam repassados à saúde. Assim, o MS fica sem recursos para manter-se, fazer as transferências aos entes subnacionais e pagar pelos serviços prestados por órgãos públicos, filantrópicos e privados e passa a depender dos recursos do Tesouro Nacional e das negociações junto à área econômica. No Congresso, a Comissão de Seguridade levou o debate ao Plenário, devido à gravidade da situação. Jornais noticiavam a crise, especialmente o fechamento de hospitais pela falta de dinheiro.¹⁴

Como solução temporária, a Medida Provisória nº 331 de 30/06/93 autorizou empréstimos do INAMPS junto ao FAT para pagamentos de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) (CARVALHO, 2002). Nesse sentido, foi publicado um Decreto em 01/07/1993 declarando estado de calamidade¹⁵ pública no setor hospitalar do SUS. Essa crise impacta na NOB/93, pois o MS não consegue cumprir

¹⁴ Notícia da Folha de São Paulo em 25/06/93: Cem hospitais fecham por falta de dinheiro (<http://acervo.folha.com.br/fsp/1993/06/25/262>)

¹⁵ Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/124140/decreto-93>

com os compromissos diante de estados e municípios habilitados, o que significava a esses entes assumir responsabilidades diante de incerteza quanto ao financiamento dos serviços (ARRETCHE, 2003).

Em 1994 a situação é agravada pelo plano de estabilização fiscal que cria o Real. Conforme relatos constantes de trabalho de Carvalho (2002), após o enfrentamento entre o MS e o MPAS em 1993, em 1994 iniciou-se uma queda de braços entre MS e a área de Planejamento e Fazenda do governo, por conta do recurso a ser repassado para o MS. Buscando acertar o valor de conversão do Cruzeiro Real para o Real na tabela de procedimentos SUS, o MS, CONASS, CONASEMS, CNS, e prestadores de serviços como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e outras instituições, após intensos debates e negociações, elaboraram um documento em que chegava ao valor de R\$ 600 milhões mensais para pagamento das ações prioritárias AIH e UCA, sem contar as despesas próprias do MS (estimadas em R\$ 311 milhões) e despesas com pessoal (R\$ 200 milhões). O autor ainda relata ainda que, diante da negativa do então Secretário de Tesouro Nacional, Murilo Portugal¹⁶, em concordar com esse valor, entendendo que o valor a ser repassado seria o de R\$ 400 milhões, não houve acordo entre Saúde e Fazenda (CARVALHO, 2002). Assim, diante da insistência das entidades, que oficiaram diretamente o presidente Itamar Franco sobre o assunto, o mesmo acaba assumindo o compromisso de repassar R\$ 500 milhões para as ações prioritárias e R\$ 50 milhões para as demais despesas do MS, excetuando o pagamento de pessoal. Esse recurso era insuficiente, inclusive para os serviços que foram prestados nos meses de julho e agosto e que ainda não tinham sido pagos, agravando o problema.

Outra situação de conflito relatada por Carvalho (2002) ocorreu com a criação, em 1994, do Grupo de Trabalho Interministerial¹⁷ para racionalização dos gastos com a saúde e melhoria do atendimento à população, composto por pessoal do primeiro escalão de ministérios. O relatório final, segundo Carvalho (2002) que também compunha o Grupo de Trabalho, não foi consensual, o que levou a várias ressalvas por parte do MS. Após o relatório, é publicado novo Decreto¹⁸ criando a Comissão Interministerial para propor e implementar medidas em consonância com o que havia sido apontado no relatório do Grupo de Trabalho. A Comissão foi composta por dois representantes de cada ministério (Fazenda,

¹⁶ Consta do relato de Carvalho (2002), então Secretário de Atenção à Saúde do MS, que o Secretário teria feito três ressalvas ao documento elaborado pelas entidades e MS: discordar do valor mensal de R\$ 600 milhões, que tenha havido compromisso da Fazenda quanto ao percentual a ser repassado e que o montante devido de julho seja R\$ 506 milhões e sim R\$ 400 milhões

¹⁷ Criado pelo Decreto de 04/05/ 1994

¹⁸ Publicado em 30/08/1994

Planejamento e Saúde) e novamente não houve consenso no relatório final, resultando em dois relatórios distintos, um do MS e outro de da Fazenda e Planejamento (CARVALHO, 2002).

Em 1994 é aprovada a Emenda Constitucional nº 1/94 que cria o Fundo Social de Emergência (FSE), com receitas provenientes de impostos (já deduzidos FPM e FPE) e de contribuições sociais, que representam 83% dos recursos do Fundo. Marques e Médici (1994) ressaltam que esse fundo é uma estratégia para dar liberdade alocativa de recursos ao governo, evitando as vinculações que engessam o orçamento e utilizando-o para outros fins, como diminuição do déficit público. Segundo o próprio Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) (BRASIL, 2003) o objetivo do Fundo era aumentar a arrecadação e obter maior flexibilização no orçamento a partir da desvinculação de 20% das receitas da União para serem livremente alocadas. Em 1996, o FSE foi prorrogado pela EC 10, passando a se chamar Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), sendo prorrogado sucessivamente ao longo dos últimos anos, tendo seu nome alterado em 2000 para DRU – Desvinculação das Receitas da União e com a alteração de não reduzir a base de cálculo da transferência a estados e municípios. Dessa forma, o governo federal tem retirado 20% dos recursos da Seguridade Social desde 1994. Entretanto, é preciso salientar que o FSE/FEF foram uma importante fonte de recursos para a saúde no período de 1995 a 1999, variando de 12% a 19,5% conforme apontam Ribeiro; Piola; Servo (2007). A questão é que, por esse Fundo desvincular 20% do OSS, fica difícil mensurar se foi integralmente devolvido à área ou não. Ademais, a partir da criação da DRU já não se pode saber qual é a participação dessa fonte no percentual aplicado em saúde, pois seus recursos não integram uma fonte específica e são aplicados na fonte “Recursos Ordinários”, que já contemplava outros recursos advindos de impostos gerais, como IR e IPI (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2007). Os mesmos autores observam que, considerando a fonte Recursos Ordinários, não houve um crescimento significativo na mesma após 2000, ou seja, tudo indica que a DRU não repasse recursos à saúde na proporção que o FSE/FEF o faziam. Para se ter uma ideia da importância da desvinculação de 20% do OSS, em 2003, por exemplo, 42,7% das receitas da DRU originaram-se do OSS. Nesse mesmo contexto, é reduzida a participação da CSLL e COFINS no financiamento da saúde.

Lima (2006) também destaca que a inclusão dos EPU nos orçamentos da área social, contrariando o que dispõe a CF de que as aposentadorias dos servidores federais constituem regime à parte e por isso não se integram aos gastos previdenciários da Seguridade Social, se constituíram em perdas de receitas para a área, e posteriormente as despesas com o EPU foram maiores do que o próprio orçamento do MS. O Instituto de Pesquisas Econômicas

Aplicadas (2003) calcula que, somados os recursos destinados à DRU e aos encargos previdenciários, em 2001 consumiram 1/3 dos recursos do OSS, ou R\$ 50 bilhões. Já Dain¹⁹ (2003 apud LIMA, 2006) informa que sem esses encargos previdenciários e a DRU, o OSS teria registrado um superávit em 2002 de R\$ 33 bilhões de reais. Os estudos da Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal (ANFIP) também demonstram que a Seguridade Social permanece superavitária, se desconsideradas essas responsabilidades. O MPOG (BRASIL, 2003) divulgou que o governo federal ganhou R\$ 7 bilhões por ano no período de 1996 a 1999 com o FEF, sendo 2,7 bilhões/ano dos recursos que seriam repassados a estados e municípios e o restante deduzido das contribuições. O que chama atenção é que tal fundo não foi em nenhum momento, desde a sua criação, social, já que pouco repassou recursos para a área e, pelo contrário, retirou recursos da área social (saúde, previdência e FCEP - Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, sendo que este último não fazia parte da Seguridade Social). Nesse sentido, Castro e Cardoso Jr, (2005) afirmam que a estratégia de financiamento federal nos anos 90 destinou recursos da área social para o ajuste macroeconômico.

Em 1996 foi criada a CPMF, como solução transitória para a crise financeira da saúde, mas esta acabou se tornando na prática uma fonte substitutiva, ou seja, não implicou em aumento no orçamento da saúde. Inicialmente concebida exclusivamente para a saúde, em 1999 a CPMF passou a ser compartilhada com a Previdência Social, com elevação da alíquota de 0,20 para 0,38%, preservando os 0,20% para a saúde. Posteriormente, também passou a financiar o FCEP, destinando 0,08% para o mesmo, e ainda preservando 0,20% para a saúde. Após sucessivas renovações, a oposição conseguiu vetar a prorrogação para o período de 2008 a 2011, consistindo numa derrota para o governo Lula, que deixou de arrecadar aproximadamente R\$ 40 bilhões ao ano (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Em 1998, com o empréstimo feito pelo governo junto ao Fundo Monetário Internacional (FMI), que exigiu superávits primários superiores a 3% do PIB, o governo reduziu os gastos em infra-estrutura e programas sociais. Utilizou também estratégias de aumento de arrecadação, como o já citado aumento da alíquota da CPMF de 0,20 para 0,38%, deixando de ser exclusiva para a saúde, além dos 20% para o FEF. Para se ter uma ideia da importância das contribuições sociais, desde 1996 elas arrecadavam mais para o governo federal do que os impostos. Em 2002, os tributos representaram 35,5% do PIB e as

¹⁹ DAIN, S. *A Seguridade Social Brasileira no contexto da política fiscal e social e do federalismo*, 2003. (Mimeografado, 47 p).

contribuições sociais representaram 35% desse total, ou 12% do PIB (OLIVEIRA; REZENDE, 2005). É preciso esclarecer que o crescimento da carga tributária no final dos anos 90 e começo dos anos 2000 utilizou-se do crescimento das contribuições sociais e ICMS, e que embora o IR tenha crescido em média 1%, foi atenuado pela diminuição na arrecadação do IPI, ou seja, não houve aumento nas receitas partilhadas entre os entes (LIMA, 2006). O aumento das contribuições sociais revelou-se interessante para o governo, que recuperou parte das receitas perdidas por força da partilha estabelecida na CF, pois, além das contribuições não serem partilhadas com os demais entes federados, também podem ter suas alíquotas facilmente aumentadas por medidas provisórias (AFONSO; JUNQUEIRA, 2009).

Em 1998 a Cofins também teve aumento de alíquota, passando de 2 para 3%, ou seja, um aumento de 50% a partir de fevereiro/99, permanecendo assim, mas com algumas alíquotas diferenciadas para determinadas operações. A CSLL também aumentou, de 8 para 12%, referente aos fatos geradores de 01/05/99 a 31/01/2000, de 8 para 9% de 01/02/2000 a 31/12/2002, permanecendo em 9%. Além disso, também foi alterada a base de cálculo dessas contribuições, que passaram a incidir sobre a totalidade das receitas de pessoa jurídica, independente de atividade ou classificação contábil das receitas. Em 1999 o foco na geração de superávits primários e diminuição do endividamento do setor público leva ao aumento da carga tributária, que passa a 35% do PIB, percentual que, apesar de elevado, não é suficiente para que o governo cumpra as metas fiscais, já que também há aumento nas despesas obrigatórias do orçamento federal, e que resulta em aumento da contenção de gastos por parte da União (OLIVEIRA; REZENDE, 2005).

Por outro lado, desde o início dos anos 90 os governos subnacionais também se viam em situação crítica devido às dívidas, adotando medidas como congelamento de salários, adiamento da execução de despesas orçamentárias e empréstimos bancários. Essa situação se agravou com a alta da taxa de juros, que, com o objetivo de conter a inflação e trazer investimentos externos para o país, diminuiu a arrecadação tributária dos governos subnacionais (LIMA, 2006). Assim, a participação desses entes com recursos próprios para financiamento da saúde era irregular e, no caso dos estados, baixa. Como a CF não havia estabelecido percentuais mínimos de aplicação, esta ficava por conta das prioridades de cada governo.

Dos fatos relatados nesta seção, podemos concluir que o SUS sofreu os impactos da crise fiscal e da política macroeconômica adotada na década de 90, justamente o período de sua implementação. Ademais, o OSS não se concretizou tal qual disposto na CF, na lógica de cooperação e partilha entre as áreas, ocorrendo, ao contrário, uma disputa entre elas pelos

recursos escassos. Além disso, conflitos entre Saúde e Fazenda ocorreram por conta da vinculação de recursos na década de 90 e da interpretação quanto ao disposto na EC 29, já no início do ano 2000.

3.3 Soluções Provisórias: A CPMF

Após assumir o MS, o ministro Adib Jatene deparou-se com a crise financeira no setor, que não era novidade para ele, já que fora ministro no governo Collor. Em entrevista à Machado (2005), um dos dirigentes do MS à época relata que “[...] a batalha mensal para liberar a mesada era dramática. E, no final das contas, em geral, tinha que envolver ele diretamente com o Malan²⁰, diretamente com o Pedro Parente²¹[...]” (p. 142). Carvalho (2002) aponta que o ministro tentou várias alternativas para gerar recursos para a saúde. A alternativa encontrada, discutida e aprovada pelo CNS foi a de instituir a CPMF com destinação da sua receita para a saúde. O trabalho de convencimento da população, parlamentares e do setor empresarial por parte do então ministro foi intenso, incluindo a edição do livreto “Subsídios à votação da CPMF” (CARVALHO, 2002). O ministro negociou diretamente com o Congresso e conseguiu sensibilizar os parlamentares, que o apoiaram, sendo que apenas o empresariado e setores da esquerda posicionaram-se contra. Assim, a PEC 256-A-95 propunha a criação da contribuição, sendo sua receita transferida diretamente para o FNS. Carvalho (2002) relata que:

Chegou-se mesmo, a se formar “uma tropa de choque” pluri e supra partidária, com reuniões no Gabinete do Ministro da Saúde, formando o Comitê Nacional em Defesa do Sistema Único de Saúde. Em uma dessas reuniões, ocorrida em 18-6-1996, montaram-se várias estratégias em defesa da aprovação da CPMF. As atividades foram divididas entre os presentes, incluindo: publicar documento sobre a atuação do MS, ocupar espaço na mídia; o Ministro da Saúde efetuar contatos com Ministros da Fazenda e Planejamento, definindo isenções; envio de fax para deputados indecisos ou contra; visitas a estes deputados; entrevista coletiva do Ministro da Saúde; contato com o pessoal da Pastoral da Criança para acionar os deputados de suas regiões; reunião com os deputados favoráveis para trabalharem junto aos demais. (CARVALHO, 2002, p. 180)

²⁰ Pedro Malan era Ministro da Fazenda à época

²¹ Pedro Parente era Secretário Executivo do Ministério da Fazenda. Posteriormente foi Ministro Chefe da Casa Civil, Ministro do Planejamento e de Minas e Energia

Assim, em 15/08/96 foi aprovada a EC nº 12, que outorga competência à União, para instituir contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira, com alíquota de 0,25% e vigência máxima de 24 meses e destinação dos recursos diretamente ao FNS para custeio de ações e serviços de saúde. A CPMF representava, logo após a sua criação, 30% das receitas totais destinadas à saúde (OLIVEIRA; REZENDE, 2005).

A lei 9311/96 regulamentou a EC nº12/96, instituindo a CPMF e estabelecendo alíquota de 0,20% e vigência de 13 meses depois de transcorridos 90 dias da aprovação da lei. Essa lei foi modificada posteriormente pela lei 9539/97, que alterou a vigência de 13 para 24 meses contados a partir de 23/01/1997. Em 22/01/99 a lei deixou de vigorar, mas a partir de 17/06/99 retornou com a EC 21/99, que a prorrogou por 36 meses e com alíquota de 0,38% nos primeiros doze meses e de 0,30% nos vinte e quatro meses subsequentes, destinando o percentual de 0,10% para a previdência social. A EC 37/02 prorrogou a CPMF até 31/12/2004, quando deixou de incidir sobre movimentações financeiras que visem à valorização do capital financeiro e sobre a compra e venda de ações, o que reduziu recursos para a saúde e demais áreas por ela financiadas. A referida emenda estabeleceu alíquota de 0,38% para os anos de 2002 e 2003, sendo 0,08% destinados ao já citado FCEP, criado em 2001. Para o ano de 2004, a alíquota estabelecida foi de 0,08%, integralmente para o FCEP. Posteriormente, foi prorrogada até 31/12/2007 por meio da EC 42/03. O governo federal apresentou a proposta de renovação, por meio da PEC 89/07, até 31/12/2001, mas a mesma foi rejeitada no Senado, constituindo-se uma derrota para o governo Lula, mesmo após todos os esforços e negociações políticas na tentativa de aprová-la. Além disso, como já foi analisado neste trabalho, a CPMF também sofria a desvinculação de 20% pela DRU, apesar de manifestação contrária do TCU.

A desvinculação de 20% da receita da CPMF foi objeto de contestação por parte do TCU em 1998 e nos anos subsequentes, marcando o papel desse órgão na fiscalização e controle da aplicação de recursos públicos em conformidade com a legislação. O Acórdão nº 620/1998 determinou ao Secretário de Orçamento Federal que ao elaborar a Lei Orçamentária observasse o disposto no artigo 74 do ADCT da CF e alocasse integralmente a receita da CPMF para o FNS, não destinando 20% dessa contribuição ao FEF. Tal matéria também foi objeto de manifestação do Ministério Público, que teve o mesmo entendimento do TCU, ou seja, à CPMF não se aplicava a desvinculação de receitas, pois a emenda que a criou destinou seus recursos integralmente ao FNS (e posteriormente à previdência e FCEP). A justificativa era de que a EC 12/96, que criou a CPMF, possuía caráter especial e, portanto, não objeto do

disposto na EC 10/96, que criou o FEF e era genérica. O outro argumento utilizado foi de que a emenda da CPMF era posterior à emenda que prorrogou o FEF até 1997. Em 1999 a Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização do Congresso Nacional solicitou ao TCU uma Inspeção Extraordinária²² para verificar o cumprimento dos artigos 74 e 75 do ADCT da CF e do acórdão 620/1998 do TCU no que se referia à aplicação da receita da CPMF exclusivamente para a saúde. O TCU constatou que a decisão foi cumprida no exercício de 1999²³. A solicitação da Comissão do Congresso foi atendida por meio da auditoria²⁴ da Secretaria de Macroavaliação Governamental (SEMAG) realizada em março de 2000, que concluiu que a recomendação do TCU fora desrespeitada no exercício de 2000 e na Lei Orçamentária de 2001, concluindo, portanto, que a Secretaria do Tesouro Nacional (STN) e Secretaria de Orçamento Federal (SOF) deveriam providenciar a alocação integral dos recursos da CPMF para o FNS, Previdência Social e FCEP.

Um aspecto importante é que, conforme aponta Baptista (2010) a agenda que prevaleceu não foi a do Ministério da Saúde, mas a da Presidência da República, que, na questão explorada em nossa pesquisa, pode expressar uma prevalência dos interesses da Fazenda sobre os da Saúde. Isso fica explícito na criação e aprovação da CPMF. O ministro da Saúde, Adib Jatene, defendia essa contribuição como fonte complementar para aumentar os recursos para o SUS. O assunto havia sido amplamente debatido e negociado no interior do governo, entre as áreas da Saúde e Fazenda, já que esta era contra a vinculação de receitas. Após os esforços do ministro para que a contribuição fosse aprovada, o que se viu foi uma diminuição do orçamento da saúde, ou seja, na prática a CPMF passou a ser um substitutivo de receitas, e não um complemento. Além disso, o recurso deixou de ser exclusivo para a saúde, passando a ser mais um instrumento para o equilíbrio das contas governamentais (JATENE, 1997). Diante dessa situação, o ministro da Saúde pediu demissão, o que está explicitado no relato abaixo, extraído do livro do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso:

Não se deve falar em corda em casa de enforcado: com necessidades sociais imperativas e dinheiro escasso, a boa vontade para diminuir os impostos termina quando se obtém o aumento deles. Foi o que aconteceu. Pior ainda: a área fazendária, diante da crise fiscal e de pressões inflacionárias, se viu obrigada a bloquear verbas que deveriam ser da saúde e a não lhes dar a destinação exclusiva prevista. Resultado, todos gritam e ninguém tem razão.

²² Conforme Ata n°8 de 01/03/2000 disponível em: <https://acesseguero.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2045658.PDF>

²³ Conforme <http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/1/2046188.PDF>

²⁴ Acórdão 0751/04 Consultado em: <https://contas.tcu.gov.br/juris/SvlHighLight?key=ACORDAO-LEGADO-43058&texto=6665662b63706d66&sort=&ordem=&bases=ACORDAO-LEGADO;RELACAO-LEGADO;>

Essa situação tornou politicamente desgastante administrar os choques entre ministérios. O ministro Jatene, depois de vencedor na batalha congressional para criar o IPMF/CPMF, sentiu-se desarmado para responder às pressões dos hospitais por mais verbas ou mesmo para o pagamento de débitos atrasados. Em diversas ocasiões Jatene se queixara das dificuldades para garantir a transferência do dinheiro da CPMF para a saúde. Acabou cansando e me disse, em audiência:

- O senhor sabe como essa gente da Fazenda é. Eles sempre têm um modo de calcular diferente do nosso. Sou médico, tenho que prestar contas a meus colegas. Assim fica difícil.

Tive que concordar com o pedido de demissão, pois eu também não podia desconsiderar o realismo da Fazenda, sempre a clamar que era melhor cortar gastos do que incorrer em aumento dos já elevados déficits globais.

(CARDOSO, 2006, p. 351-352)

A tabela abaixo ilustra a participação das fontes de financiamento no MS no período de 1995 a 2004, demonstrando que de fato houve, com a criação da CPMF, a retirada de outras fontes no financiamento da saúde.

Tabela 1. Ministério da Saúde: Distribuição dos gastos, segundo as fontes de recursos, 1995 – 2004 (em R\$ bilhões de dez./2004)

| Fontes | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Recursos Ordinários | 1,3 | 0,1 | 1,4 | 4,2 | 5,9 | 2,1 | 5,9 | 4,0 | 4,5 | 2,7 |
| Títulos Resp. Tesouro Nacional | 1,1 | 1,2 | 1,2 | 0,2 | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,2 | 0,0 |
| Operações Crédito Internas – Moeda | 3,2 | 3,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Operações Crédito Externas – Moeda | 0,4 | 0,3 | 0,2 | 0,4 | 0,6 | 1,0 | 0,9 | 0,7 | 0,4 | 0,3 |
| Recursos Diretamente Arrecadados | 1,0 | 0,9 | 1,0 | 1,0 | 1,4 | 1,3 | 1,3 | 1,0 | 0,8 | 0,8 |
| Contribuições Sociais | 28,6 | 22,7 | 31,4 | 27,8 | 25,2 | 32,4 | 30,7 | 30,6 | 28,0 | 33,2 |
| Contribuição Social Lucro PJ | 8,3 | 7,4 | 8,3 | 3,1 | 5,4 | 4,9 | 2,9 | 9,2 | 9,5 | 12,4 |
| Contrib. Social p/ Financ.Segurid. Social | 20,3 | 15,3 | 11,1 | 10,2 | 10,7 | 15,0 | 16,3 | 7,5 | 7,3 | 9,6 |
| CPMF | 0,0 | 0,0 | 12,0 | 14,5 | 9,1 | 12,5 | 11,4 | 14,0 | 11,2 | 11,2 |
| Fundo de Estabilização Fiscal | 4,9 | 6,3 | 8,4 | 5,2 | 5,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Fundo de Combate e Errad. Pobreza | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,8 | 0,7 | 0,0 | 0,3 |
| Demais Fontes | 0,7 | 1,3 | 0,3 | 0,3 | 1,2 | 2,7 | 0,5 | 1,4 | 0,7 | 0,7 |
| Total | 41,3 | 35,8 | 43,0 | 39,2 | 40,3 | 39,8 | 41,4 | 38,9 | 34,6 | 38,1 |

Fonte: RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2007, p. 18

Podemos observar que, no já no primeiro ano de vigência da CPMF, há uma queda percentual na Contribuição sobre o lucro líquido e, principalmente, no COFINS. Portanto, a entrada de recursos pela nova fonte reflete na retirada de outras fontes. Além disso, a CPMF tornou-se a principal fonte de recursos para o MS já no primeiro ano de sua implantação.

Machado (2005) afirma que após a saída de Jatene houve um período de tranqüilidade nas relações entre Saúde e Fazenda, na gestão do ministro Carlos Albuquerque, que prefere não entrar em conflito com as diretrizes do governo. O ministro negocia com a Fazenda a destinação dos recursos da CPMF à área, mas não há mudança quanto à retirada de outras fontes. Segundo Machado (2005) os dezesseis meses da sua gestão são alinhados com o governo. Em entrevista à autora, ele argumenta que, a despeito de ter sido acusado de não “brigar” pela saúde, acredita que os ministros da Saúde eram quase opositores ao governo, reclamando de dinheiro e deixando de cuidar do Ministério. Entretanto, em entrevista à Carvalho (2002) o ministro retrata o descontentamento diante da realidade que se seguiu à aprovação da CPMF, que não representou de fato aumento de recursos para a área:

O engodo ao povo foi aprovar a CPMF e não dizer que a CPMF era algo que não poderia ser acrescentado; pode olhar na lei, lá está assim. Para acrescentar a CPMF à base do financiamento que vinha do Tesouro, da Seguridade Social, seria preciso, da maneira como a lei foi aprovada, passar por uma reforma da LDO a cada mês. Isso não foi feito de maneira a atender aquilo que se pretendia, que se dizia pretender. Eu não imagino que as pessoas, que o Congresso, os políticos, sejam ingênuos. Ingênuo, como dizem os políticos, sou eu. Farsa? Engodo. O que houve foi um acordo para a aprovação.. .. A lei precisaria ser especificada: o orçamento do Ministério da Saúde se constituirá de tantos por cento da seguridade social, mais a receita da CPMF. Isso é que eu digo; não pode ter havido tanta ingenuidade. Metade da perda da CPMF a gente recuperou com o descontingenciamento (700 milhões). Não sei se foram uns R\$7 bi, mas pode ser.... (Talvez seja este o motivo pelo qual o ex-ministro Jatene, como disse a alguns, se sentiu traído, enganado?) Talvez tenha ocorrido apenas uma combinação verbal, mas não sei. O que sei é a realidade dos fatos.” (Ministro Carlos Albuquerque, em CARVALHO, 2002²⁵, p. 183-184)

Machado (2005) aponta que ainda que a CPMF não tenha significado um aporte de recursos e, nesse sentido, tenha frustrado não só o ministro Jatene, mas várias pessoas que apoiavam sua proposta, o grande mérito dela foi de mudar as relações entre Saúde e Fazenda no que se referia à estabilidade de repasses, já que a partir dela poderia haver uma previsibilidade e garantia de receitas. Os estudos de Ribeiro; Piola; Servo (2007) também

²⁵ Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Pública – ABRASCO. Ano XIII, n.56, abr./jun. 1995

apontam para a conclusão de que a CPMF apenas estabilizou os gastos em saúde, não representando aporte de recursos. Ao garantir certa previsão de receitas, a CPMF permitiu que as transferências para estados e municípios se regularizassem, representando, portanto, avanços na descentralização.

Parte dos recursos da CPMF foram usados para pagamento do empréstimo realizado junto ao FAT, o que chegou a ser contestado como desvio de finalidade do que estava disposto na lei. O Ministro José Serra também se pronunciou nesse sentido:

A saúde foi usada como pretexto para aprovação da CPMF. O imposto serviu para aumentar a receita do governo e não do setor. A CPMF substituiu outras fontes que deixaram de ser transferidas ao ministério. A CPMF é receita para o governo. Não é receita da saúde. O imposto foi aprovado como se fosse para a saúde mas, na verdade, a saúde serviu para que a CPMF fosse aprovada. Esse problema foi mal equacionado na época, embora a CPMF exista a pretexto da saúde – acrescentou Serra (Ministro José Serra em CARVALHO, 2002, p. 186)²⁶

Não podemos deixar de ressaltar, porém, que na Constituinte o próprio Serra, enquanto relator da Comissão do Sistema Tributário, Orçamento e Finanças, posicionou-se contra a vinculação de fontes, posição que voltou a adotar quando ministro do Planejamento. Ao assumir o MS, sua postura mudou.

Dessa forma, ficou claro que a CPMF foi uma alternativa encontrada pela área da saúde para resolver, ainda que temporariamente, o problema da falta de recursos para garantir a saúde integral e universal tal qual a Constituição garante. O empreendedor político da CPMF foi o Ministro Adib Jatene, que articulou com áreas do governo e do Legislativo a sua aprovação, já que havia a resistência por parte da área da Fazenda quanto a vinculações de fontes orçamentárias, bem como resistência por parte do Legislativo em aprovar mais um tributo. Entretanto, após a aprovação da mesma, o que se viu foram ações do governo no sentido de retirar uma parcela de tal contribuição para utilizar livremente (FEF, posterior DRU), que o tornou alvo de questionamentos e decisões do TCU. Assim, a CPMF não resultou no que era esperado pelos seus defensores, ou seja, não representou a estabilidade no orçamento da Saúde, já que o MS ainda precisava negociar recursos junto à área econômica (MACHADO, 2005). Paralelo à criação da CPMF e às sucessivas renovações da mesma,

²⁶ **Jornal O Globo.** Serra volta a reclamar de cortes e crítica CPMF. Sexta-feira, 9 de outubro de 1998.

ocorriam as discussões acerca da EC 29, apresentada em 1993 e que será objeto da próxima seção.

3.4 A Emenda Constitucional n.º 29/2000

Diante da indefinição sobre a participação de estados e municípios no financiamento da saúde, além da instabilidade do volume dos gastos públicos e agravada pela crise no financiamento ocorrida em 1993, o tema do financiamento do SUS entrou na agenda dos deputados e senadores brasileiros. Algumas iniciativas de vinculação de recursos para a saúde passam a ocorrer no ano de 1993, como a PEC 157/93²⁷, apresentada em 20/05/93 pelo deputado Chafic Farhat, que estabelecia que a União deveria aplicar anualmente no SUS nunca menos de 18% da receita de impostos e contribuições. Entretanto, foi a PEC 169, apresentada em 06/07/93, de autoria dos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires, que estabelecia uma proposta de alteração no financiamento tal qual disposto na CF, que versava não só pela participação da União, mas também dos demais entes federados e propunha a seguinte redação para o artigo 198 da CF:

§2º A União aplicará anualmente, na implementação do Sistema Único de Saúde, nunca menos de trinta por cento das receitas de contribuições sociais que compõem o Orçamento da Seguridade Social e dez por cento da receita resultante de impostos.
§3º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão anualmente, na implementação do Sistema Único de Saúde, nunca menos de dez por cento da receita resultante de impostos. (PEC 169)

Além dessa, foram apresentadas outras propostas e projetos de emenda constitucional, todas buscando estabelecer percentuais de aplicação dos governos federal, estadual e municipal. Após amplos debates e alterações, com fortes pressões por parte do governo para a retirada da vinculação de 10% dos impostos da União, em 27 de outubro de 1999 a Câmara dos Deputados coloca em votação a PEC Aglutinativa 86-A,

Além da importante atuação do CNS em toda a discussão sobre a necessidade de vinculação de recursos para a saúde, é preciso destacar também o papel do ministro da Saúde à época, José Serra. Machado (2005) aponta que o ministro enfrentou a Fazenda para vinculação de recursos e isso culminou na aprovação da EC 29, que tramitava há anos no Congresso. Além disso, o ministro também manteve posições firmes em relação à regulação

²⁷ Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=169481>

do setor de planos e seguros de saúde, bem como desoneração tributária de medicamentos e a política de genéricos e quebra de patentes de medicamentos. A autora também afirma que o fato de Serra ser um ministro forte politicamente e contar com três economistas no primeiro escalão do MS favoreceram essa atuação diante da área econômica.

A atuação de Serra em defesa da vinculação de recursos para a saúde ocorreu também em 1998, durante o II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, quando apresentou a proposta de que 30% dos recursos do OSS, excluindo Pis/Pasep, fossem destinados à saúde, além de que a CPMF continuasse vigorando, estendida ao financiamento de toda a Seguridade, progressividade na vinculação do Cofins e da receita de impostos e transferências dos Estados e Municípios (MARQUES; MENDES, 2010).

O ex-presidente Fernando Henrique Cardoso relata que a escolha por Serra para o MS deu-se em função da discussão no Congresso da PEC que vinculava recursos mínimos para a saúde nas três esferas do governo. Segundo FHC, o ministro Carlos Albuquerque não tinha base política para fazer frente às negociações no Congresso (CARDOSO, 2006).

A aprovação da PEC exigiu prévia negociação entre deputados e governo, conforme relato do Deputado Henrique Fontana (PT-SP) extraído do Diário da Câmara dos Deputados na abertura da votação da PEC 169B/1993 que, reconhecendo os limites da proposta que iam votar, que não continha a situação ideal para a saúde, nem mesmo o proposto originalmente na PEC 169, assim discursa:

[...] reitero que a bancada do PT resolveu fazer acordo para permitir a votação, porque, se não o fizesse, ela não ocorreria. A bancada do governo, por sua vez, exigiu que não colocássemos as emendas, que, na nossa opinião, corrigiriam ainda mais o projeto. (Deputado Henrique Fontana, 1999, p.135)

A aprovação da PEC Aglutinativa 86-A de 1997 ocorreu com 405 votos favoráveis e 4 contrários. Encaminhada ao Senado, foi aprovada em 29/06/2000 com 62 votos favoráveis, 3 contrários e 1 abstenção²⁸ e transformou-se na EC 29.

Portanto, após 12 anos da institucionalização do SUS na CF, finalmente havia a vinculação de recursos para a área de saúde, desejada pelos sanitaristas à época da Constituinte e defendida pelo CNS, CONASS, CONASEMS, Frente Parlamentar de Saúde, entre outros atores. Pelo relato do Deputado Henrique Fontana, transcrito acima, vemos a atuação do Executivo constringendo e delimitando a vontade parlamentar. Além disso, os dispositivos não auto-aplicáveis da EC 29 necessitaram de regulamentação até o final do ano

²⁸ Dados obtidos em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/mate/votacao.asp?ct=649307>

de 2011²⁹. Entretanto, ainda que não tenha sido a situação idealizada e debatida pelos diversos grupos ligados à saúde pública, observamos que a emenda gerou efeitos imediatos. Já em 2001 o gasto público em saúde cresceu 10% em relação ao ano anterior e 35% entre 2000 e 2004, especialmente pela maior participação dos estados no financiamento (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011). Nesse sentido, ela teve êxito ao corrigir uma lacuna deixada na Constituição, quando não vinculava recursos ou gastos mínimos dos entes federados. Entretanto, cabe ressaltar que a discussão sobre a vinculação constitucional de recursos para as políticas públicas não é consensual. Se todas as políticas tivessem vinculação, o orçamento público ficaria totalmente comprometido e o governo não teria margem para alocação de recursos.

A EC 29/00 estabelece que a União, estados, DF e municípios deverão aplicar anualmente em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos em percentuais calculados sobre as receitas de impostos e transferências, no caso de Estados (deduzidas as parcelas transferidas aos municípios), DF e municípios e, no caso da União, o estabelecido em lei complementar. A Emenda também dispõe que uma lei complementar, reavaliada a cada cinco anos, definiria os percentuais de aplicação mínima, critérios de rateio dos recursos transferidos da União aos estados, DF e municípios, bem como dos estados aos municípios, normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas em saúde e as normas de cálculo dos recursos a serem aplicados em saúde pela União.

A Emenda também definiu no artigo 77 do ADCT uma situação para o período de 2001 a 2004, pois nesse ano a lei complementar deveria ser aprovada. De acordo com o artigo, os estados, DF e municípios devem destinar 7% das receitas para a saúde, aumentando gradualmente até o patamar mínimo de 12 e 15% respectivamente, no ano de 2004. Esse aumento gradual para os governos que não aplicassem o mínimo deveria ser reduzido anualmente, de 2001 a 2004, à razão de um quinto por ano, de forma que não houvesse um impacto tão grande nos orçamentos dos governos estaduais e municipais. Já a União deve aplicar no ano 2000 pelo menos 5% a mais do que o valor empenhado em ações e serviços públicos de saúde no ano anterior, e para os anos seguintes deveria aplicar o valor apurado no ano anterior acrescido da variação nominal do PIB. Também ficou definido que enquanto a lei complementar não fosse aprovada, o disposto no artigo 77 deveria ser observado. Outro aspecto importante da Emenda é que estabeleceu o IPTU progressivo para os municípios, pelo

²⁹ A regulamentação da EC 29 foi aprovada pela Câmara e pelo Senado somente no final do ano de 2011, tendo sido sancionada pela presidenta com 15 vetos, apenas no dia 16/11/2012, conforme: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.jan.12/iels11/U_LC-141_130112.pdf

valor e localização do imóvel, o que significa aporte de recursos para os municípios, já que é a principal fonte de arrecadação para os mesmos.

Biasoto Jr (2003) considera que ao aumentar a participação dos entes subnacionais, especialmente os estados, no financiamento da saúde, a EC 29 contribuiu para a competência concorrente entre as três esferas de governo, fortalecendo a participação e a responsabilidade desses entes no arranjo federativo. Os dados consultados em 2011 disponíveis no site do SIOPS demonstram que 43,5% dos recursos originam-se do Ministério da Saúde e o restante dos demais entes federados, o que é significativo se considerarmos que em 1992 a União respondia por 70% do financiamento da saúde. Os dados disponíveis no site do SIOPS também permitem afirmar que, no período de 2000 a 2006, a participação da União no financiamento da saúde ficou em 51,48% e representou, em média, 1,69% do PIB³⁰. No mesmo período, a média de aplicação em saúde em relação ao percentual do PIB, considerando União, Estados e Municípios, foi de 3,24%, confirmando a situação de baixo investimento público em saúde já comentada neste trabalho.

A figura 1 demonstra a participação de União, Estados e Municípios no financiamento do SUS em momentos selecionados como pontos de inflexão.

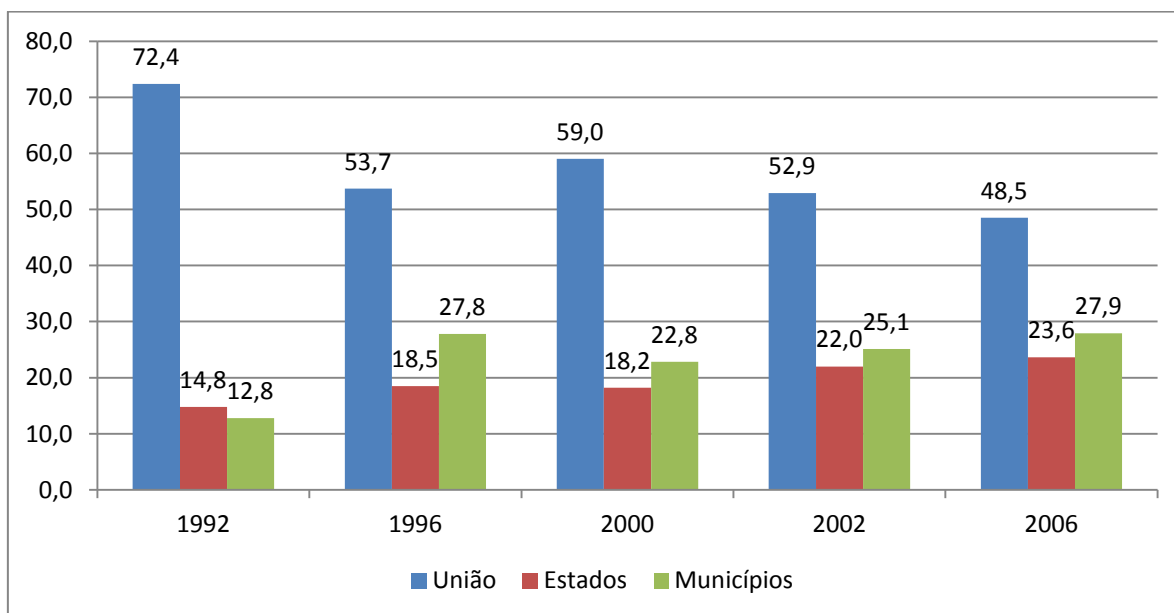


Figura 1. Evolução da participação das três esferas de governo no financiamento de Ações e Serviços Públicos de Saúde

Fonte: Anos 1992 – 2002 MACHADO, 2005; 2006: SIOPS

³⁰ Cálculo efetuado de acordo com os dados disponíveis em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Dados_RIPSA-09062008_PIB.pdf

Em 1992, início da implementação do SUS, vemos ainda a grande participação da União no financiamento. Já em 1996, momento de avanço na descentralização com a NOB 01/96, percebe-se uma alteração importante, especialmente na participação dos municípios. A partir de 2000, com a aprovação da EC 29, verificamos que a participação da União no financiamento da saúde ainda é alta, mas inicia um movimento de declínio a partir de então, coincidentemente com a aprovação da EC 29 e a maior responsabilização dos Estados no financiamento, que por sua vez aumentam sua participação no financiamento em 5,4 pontos percentuais no período. Já os municípios tem uma baixa participação apenas no início dos anos 90, o que evidencia que a descentralização tributária colaborou para isso, já que os dados referem-se à esfera de origem de recursos, não à esfera que executa. Entretanto, conforme alerta Machado (2005) a retração da participação da União pode significar que a descentralização teve o objetivo de promover o deslocamento de responsabilidade sobre o gasto social para os entes subnacionais, em um contexto de crise fiscal. Essa é uma questão importante que mereceria aprofundamento nos estudos.

Outros autores, como Oliveira (2001) criticam a desvinculação de contribuições com expressiva participação na arrecadação da União, como COFINS e CPMF, do financiamento federal da saúde. Entretanto, como a CPMF se tratava de uma contribuição provisória que foi seguidamente renovada, mas que a partir de 2008 deixou de existir devido à não aprovação no Congresso, e ainda que o governo venha tentando aprová-la sob o nome de Contribuição Social para a Saúde (CSS), vemos que a não vinculação na EC 29 evitou uma posterior perda de recursos para a saúde.

A Emenda significou muito mais uma estabilidade de gastos do que aumento real de recursos federais para a saúde (MACHADO, 2005; OLIVEIRA, 2001; AFONSO; JUNQUEIRA, 2009). Nesse sentido, concordamos com os autores, pois do ponto de vista da Saúde, a definição do gasto mínimo é interessante por mudar o foco do problema, cabendo ao governo buscar recursos para garantir o cumprimento da norma constitucional. Por outro lado, a preocupação desloca-se não só para o questionamento quanto ao mínimo definido na Emenda, considerado aquém do desejado pelas diversas entidades ligadas à saúde (CNS, CONASS, CONASEMS etc), especialmente no gasto da União, mas também pela adoção do mínimo como teto de gasto. Podemos observar também que o percentual de 12%, no caso dos estados, e 15%, no caso de municípios, já representa um comprometimento importante do orçamento com uma política. Entendemos que é necessário garantir que essa aplicação seja exclusivamente em ações e serviços públicos de saúde.

3.5 Novos conflitos entre Saúde e Fazenda e o papel do Tribunal de Contas da União e do Ministério Público Federal

Após a aprovação da Emenda, observou-se uma disputa entre as áreas da Fazenda e da Saúde, especialmente na interpretação do disposto em lei quanto à aplicação da variação nominal do PIB, se feita a partir de uma base móvel ou fixa³¹. Isso ocorreu devido ao texto da Emenda utilizar o termo “valor apurado no ano anterior” para o período de 2001 a 2004, e o termo “montante empenhado no exercício de 1999” para o ano de 2000. Enquanto o Ministério da Saúde interpretava que deveria utilizar o critério do montante empenhado a cada exercício, e para os anos seguintes deveria ser aplicada a variação nominal do PIB sobre o ano anterior (critério da base móvel), o Ministério da Fazenda entendia que o ano-base seria 1999, somado aos 5% acrescentados em 2000, ou seja, o valor apurado em 2000, e a cada ano deveria acrescentar apenas a variação nominal do PIB sobre o ano-base (critério da base fixa). Segundo Marques e Marques (2005) a adoção do critério da base fixa pela Fazenda fez com que o orçamento da Saúde perdesse R\$ 1,19 bilhões já no ano de 2001. Ainda segundo os autores, a Advocacia Geral da União (AGU) deu ganho de causa à Fazenda, que também contava com o apoio do Ministério do Planejamento. Já o TCU considerou o entendimento do MS correto, por meio da Decisão nº 143/2002.

Outra polêmica envolvendo a interpretação do MS e do MF sobre dispositivos da EC 29 foi quanto a qual PIB deveria ser considerado para aplicação da sua variação nominal, se o do ano a que o orçamento se refere ou o do ano anterior, já que somente por volta da metade do ano se conhece o PIB do ano anterior. O MS entendia que deveria ser utilizado o PIB do ano anterior, enquanto que o MF entendia que deveria ser aplicada a variação nominal do PIB do ano corrente. Como havia previsão de queda do PIB naquele ano (2002), o TCU entendeu que a interpretação do MS favorecia a área da saúde, já que significaria mais recursos do que se observado o PIB daquele ano. Assim, a Decisão nº 143/2002 foi acatada pelo governo, que adotou o critério da base móvel e a variação do PIB do ano anterior na elaboração da LDO de 2003. A LDO de 2004³² também respeitou o critério da base móvel, mas em 2005 houve veto presidencial e foi adotado o critério da base fixa, implicando em perda substantiva de recursos para a saúde, estimada em R\$ 5 bilhões (PIOLA, 2006). A estratégia de congelar o ano base para aplicação da variação nominal do PIB, bem como a

³¹ A base fixa adota o mínimo disposto na EC 29 e sobre ele aplica a variação nominal do PIB, já a base móvel adota o orçamento executado em cada ano e sobre ele aplica a variação nominal do PIB.

³² A EC 29 estabelecia que em 2004 deveria ser aprovada Lei Complementar regulamentando a Emenda

discussão sobre o conceito de ações e serviços públicos de saúde, contrariando resolução do CNS e portaria do MS e orientações do TCU, refletem as pressões e as tensões no interior do governo federal, entre as áreas de Fazenda e Saúde.

Em 2005 a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados solicitou ao TCU a verificação quanto ao cumprimento da EC 29, relatando uma série de distorções no orçamento da saúde (não observância do critério da base móvel resultando em perda de R\$ 949,8 milhões no ano de 2003, inclusão de ações como Farmácia Popular e da Agência Nacional de Saúde – ANS, suplementação de R\$ 1,2 bilhões no orçamento de 2005 do FCEP para o Bolsa Família, existência de R\$ 1,9 bilhão como Restos a Pagar do ano de 2004 para o ano de 2005 etc.). Diante da solicitação, o TCU emitiu o Acórdão nº 957/2005, no qual o Tribunal posiciona-se em relação aos pontos polêmicos da EC 29:

- a) reafirma, conforme a Decisão nº 143/2002, o critério da base móvel como o correto para cálculo do piso mínimo dos gasto federal em saúde, pois considera que tal interpretação é a que mais se aproxima da intenção dos legisladores de elevar em termos reais os valores repassados à saúde;
- b) reafirma, também conforme a Decisão nº 143/2002, que a variação nominal do PIB se referia ao ano anterior ao orçamento (conforme entendia o MS);
- c) sobre a definição de ações e serviços públicos de saúde³³, destaca que a Resolução nº 322/2003 do CNS (construída com ampla participação de atores da área da saúde), a Portaria nº 2047/2002 do MS e as LDO de 2002, 2003 e 2005 definem os que são essas ações e serviços, sendo que a União adota a definição da LDO por ser esta superior à Resolução e à Portaria, porém o definido na LDO é bastante genérico (considera como as dotações do MS, excluindo EPU, serviços da dívida e recursos do FCEP), permitindo que ações que não integram os princípios constitucionais do SUS (universalidade, integralidade, equidade) sejam consideradas como ações de saúde; nesse sentido, é preciso aguardar a lei complementar e excluir dos gastos em saúde os gastos com EPU, dívida e Bolsa Família;

³³ A Decisão nº 600/2000 do TCU, que é outro exemplo de fiscalização e orientação dada pelo TCU na gestão do SUS, também já havia definido, para fins de conceituação de “demais ações de saúde”, contida no parágrafo único do artigo 2º da lei 8142/90, e que dava ampla margem de interpretação por parte de União, Estados e Municípios, que refere-se às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde inseridas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde, conforme as disposições dos arts. 196 e 198, II, da Carta Magna c/c o inciso III do art. 5º da Lei nº 8.080/90, bem como aquelas ações constantes do art. 200 da Constituição Federal c/c o art. 6º da Lei nº 8.080/90

- d) de acordo com o entendimento do Tribunal mencionado nos itens a e b acima, o governo federal não cumpriu a EC 29 em 2003, mas isso foi compensado pelo gasto em 2004, que gastou muito acima do mínimo estabelecido na EC 29 (o que é reforçado pela Resolução nº 322/2003 e pela lei complementar em tramitação à época, que também previam esse tipo de compensação);
- e) o Tribunal considera que as dotações orçamentárias para o ano de 2005 são insuficientes para cumprimento da EC 29 e, por isso, alerta a Presidência da República e o MS;³⁴
- f) os Restos a Pagar em ações e serviços públicos de saúde que forem cancelados no ano subsequente devem ser abatidos, não sendo contabilizados como recursos aplicados;
- g) quando o valor mínimo de gastos em saúde não for atingido em determinado exercício, o próprio valor mínimo será computado para fins de avaliação da EC 29 no exercício seguinte, e não o valor empenhado.

Ribeiro; Piola; Servo (2007) destacam que na LDO de 2002 e 2003 constava a definição de ações e serviços de saúde como a totalidade de dotações do MS, descontados os gastos com EPU, dívidas e FCEP. Já em 2004, o governo vetou tal artigo na LDO, permitindo contabilizar como gasto em saúde os recursos utilizados no FCEP, o que implicaria em redução de R\$ 3,5 bilhões no orçamento do MS, segundo Marques e Mendes (2009a). Diante do parecer do Ministério Público Federal contrário ao veto presidencial, o governo recuou e publicou a Lei 10777/2003, dispondo que o EPU, serviço da dívida e despesas com FCEP não seriam contabilizados como ações e serviços públicos de saúde. Entretanto, ainda que em 2005 o governo não tenha vetado tal artigo, permaneceu na LDO a consideração de programas de transferência direta de renda (antigo Bolsa Alimentação, posteriormente integrante do Bolsa Família) como parte das despesas do MS, desrespeitado a Resolução³⁵ nº 322 do CNS. Os autores relatam que o gasto previsto em 2005 com essa dotação foi de R\$ 1,1 bilhão. Nesse período o presidente era Lula, que desde o início de seu mandato já apresentava sinais

³⁴ Ribeiro; Piola; Servo (2007) apontam que o governo destinou um crédito adicional de R\$ 1,2 bilhões ao MS para o Bolsa Família, mas que isso não resolve o problema do não cumprimento da EC29, já que o FCEP continua sendo caracterizado pelo governo como ação em saúde, e que a resolução 322 do CNS não permite contabilizar gastos com Bolsa Família para fins de cumprimento da EC29, já que também não a considera ação e serviço público de saúde

³⁵ A Resolução n.º 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde teve o objetivo de fazer os esclarecimentos conceituais e operacionais da EC 29/2000 até que a lei complementar referida no §3º do artigo 198 da CF fosse aprovada. Versava principalmente sobre a base de cálculo para fins do disposto na Emenda, bem como definia ações e serviços públicos de saúde, para evitar que os entes distorcessem a aplicação de recursos prevista na Emenda. Entretanto, tal Resolução não tem força de lei.

de que não faria uma grande mudança nos caminhos do financiamento do SUS, pois mantinha as práticas restritivas do governo anterior e a prevalência da lógica econômica sobre a social.

Outro exemplo dessa distorção de ações e serviços de saúde ocorreu em 2005, quando o governo Lula, ao encaminhar a LDO para o ano de 2006, considerou as despesas médico-hospitalares dos militares e dependentes como ações e serviços públicos de saúde, impactando em R\$ 500 milhões no orçamento do Ministério da Saúde, e somente depois das manifestações contrárias do Conselho Nacional de Saúde, que apontaram que esses serviços são de natureza fechada e, portanto, não se caracterizam na universalidade do SUS, tal despesa foi excluída do orçamento do MS (MARQUES; MENDES, 2009a).

O Acórdão nº 2670/2010 – TCU – Plenário foi decorrência do Relatório de Acompanhamento do mesmo Tribunal que visava aferir se a União cumpriu o disposto na EC 29 quanto aos gastos mínimos em saúde no ano de 2009, bem como avaliar se o cancelamento de valores inscritos em Restos a Pagar nos exercícios de 2007 e 2008 teriam afetado o cumprimento da Emenda. Assim, verificou-se que no ano de 2007 a EC 29 possivelmente não teria sido cumprida, já que parte dos valores de Restos a Pagar foram cancelados, fazendo com que o déficit em relação ao mínimo constitucional fosse de R\$ 191,6 milhões e de que essa situação só seria contornada se os restos a pagar de 2007 fossem reinscritos e gastos em 2009. Para o ano de 2008 também havia indicativo do não cumprimento da Emenda, já que novamente foram inscritos mais de R\$ 5 bilhões em Restos a Pagar, porém com margem de cumprimento de R\$ 117,6 milhões. Ocorre que parte do problema deriva da forma como o artigo 77 do ADCT foi escrito, pois ele utiliza o termo “valores empenhados” e não os efetivamente pagos, daí permitindo a prática de inscrever valores em Restos a Pagar para o exercício seguinte, ou mesmo para mais de um exercício futuro, contabilizá-los enquanto gastos em saúde para cumprimento do disposto na Emenda, mas posteriormente cancelá-los e não corrigir o cálculo. O TCU determinou no referido Acórdão ao Ministério da Saúde, STN do Ministério da Fazenda e SOF do Ministério do Planejamento que, até que a lei complementar regulamentando a EC 29 fosse aprovada, esses órgãos deveriam garantir a efetiva aplicação dos restos a pagar cancelados ou expirados que tenham sido utilizados no cálculo para cumprimento da Emenda, a partir do exercício de 2009 e em prazo não superior ao término do exercício seguinte ao cancelamento ou término da validade dos restos a pagar e em valor restrito à compensação do valor que comprometeria o mínimo constitucional (BRASIL, 2010).

Outro órgão que atuou em fiscalização ao cumprimento da EC 29 foi o MPF em sua unidade do Distrito Federal. Utilizando sua prerrogativa legal de expedir recomendação³⁶ para melhoria dos serviços públicos e de relevância pública, em maio de 2009 esse órgão enviou recomendação aos Ministérios da Saúde, Fazenda e Planejamento para suplementar os gastos em ações e serviços públicos de saúde em cerca de 5,48 bilhões de reais referentes a erros de cálculo do governo federal sobre os gastos em saúde no período de 2001 a 2008. O MPF/DF também questionou a não utilização do critério da base móvel nos anos de 2001 e 2002, bem como o gasto com o Programa Bolsa Família no ano de 2005, computado como gasto em saúde, bem como a não incorporação dos valores oriundos do FCEP e gastos com ações e serviços públicos de saúde na base de cálculo para o exercício posterior, mas lembrando que as LDOs vedaram que recursos do FCEP, ainda que aplicados em saúde, fossem utilizados para fins de cumprimento do mínimo constitucional, e, finalmente, o cancelamento de restos a pagar que foram utilizados no cálculo para cumprimento da EC 29. Cabe ressaltar que o próprio TCU manifestou-se quanto aos questionamentos e recomendações do MPF, de que (i) nos relatórios do Tribunal posteriores a 2005 não constam que gastos com Bolsa Família tenham sido contabilizados como gastos em saúde, (ii) o TCU considera que, como os gastos financiados pelo FCEP não são contabilizados como gastos em saúde, também não devem compor a base de cálculo para se chegar ao mínimo a ser aplicado no exercício seguinte e (iii) a questão dos restos a pagar só seria solucionada com a lei complementar à EC 29 (BRASIL, 2010).

Em resposta à recomendação, o MF e MPOG enviaram uma nota técnica conjunta nº 001/2009 (BRASIL, 2009) contestando os pontos constantes da recomendação do MPF/DF. Conforme tal nota técnica, em primeiro lugar, alegam que no valor de R\$ 5,48 bilhões calculados pelo MPF não foram considerados os R\$ 1,08 bilhões excedentes ao mínimo constitucional gastos em 2000, já que tais cálculos foram realizados pelo MPF a partir de 2001. Os Ministérios questionam também os valores nominais dos PIBs utilizados no cálculo, já que este nem sempre é divulgado a tempo de se realizar créditos adicionais no mesmo exercício, além de estarem sujeitos a revisões por parte do INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) após anos, já que as metodologias mudam.

Quanto ao critério da base fixa para os anos de 2001 e 2002, os Ministérios admitem que o adotaram em razão do parecer da Procuradoria Geral da Fazenda Nacional

³⁶ BRASIL, 2009. Recomendação nº 001/2009 disponível em: http://www.prdf.mpf.gov.br/imprensa/arquivos_noticias/Recomendacao_recursos_Saude_EC_29.pdf

(PGFN) e da AGU, mas que, diante de parecer contrário do TCU, manifestando-se a favor da base móvel, e de novo parecer da AGU de que tal impasse seria resolvido apenas por meio de uma ADIN, o Poder Executivo comprometeu-se a adotar o critério da base móvel a partir de 2003. Já em relação aos recursos do FCEP, o MF e MPOG manifestaram que não utilizaram tais recursos no cálculo da aplicação mínima em saúde nos anos de 2003 a 2006.

Já o Bolsa Família de fato foi contabilizado como ação de saúde nos anos de 2003 a 2005, mas receberam dotação específica e constavam da LDO, além de terem sido aprovadas pelo TCU, e somente a partir de 2007 a LDO excluiu tais ações do cálculo de despesas em saúde. Sobre o questionamento dos Restos a Pagar, os Ministérios afirmaram que a EC 29 determina “valor empenhado” para fins de cumprimento do mínimo, bem como o próprio TCU teria se manifestado nesse mesmo entendimento. Ademais, de acordo com o critério da base móvel, caso os restos a pagar fossem excluídos do cálculo do mínimo investido em saúde, também deveriam ser excluídos da base de cálculo para a projeção do valor a ser gasto no exercício seguinte. Os Ministérios também afirmam que a prática de cancelamento de restos a pagar é um ato de gestão que ocorre em todas as áreas da Administração Pública, e que os valores cancelados na área da saúde corresponde a 0,73% do empenho, correspondendo a R\$ 1,6 bilhões no período de 2001 a 2007, mas que, se fosse necessário excluir os valores de restos a pagar para cálculo do mínimo constitucional, este não teria sido cumprido apenas nos anos de 2003 e 2006, ainda que compensados pelos gastos superiores ao mínimo nos demais anos. Finalmente, MF e MPOG argumentam que o TCU aprovou as contas do governo em relação ao cumprimento da EC 29 em todos os anos, exceto em 2003, o que foi contornado pela aplicação, em 2004, de montante superior ao mínimo para aquele ano e com uma sobra que compensou o ano de 2003. Assim, o MF e MPOG não reconheceram a dívida de R\$ 5,48 bilhões mencionada pelo MPF (BRASIL, 2009).

Em continuidade à fiscalização do cumprimento da EC 29, o MPF/DF ajuizou ação civil pública³⁷ em outubro de 2010 para que a União cumprisse o mínimo definido na Emenda. A ação solicitava que os valores inscritos em Restos a Pagar e posteriormente cancelados fossem repostos no exercício financeiro posterior à sua verificação, justificando que a prática de computar esses valores no cálculo do mínimo previsto na EC 29 constitui-se em ato de pouca transparência, já que causa a errada impressão de que tais valores foram empregados em ações e serviços públicos de saúde. Solicitou também que a União repusesse

³⁷ Disponível em: http://www.prdp.mpf.gov.br/imprensa/arquivos_noticias/acp-emenda29.pdf

em ações e serviços públicos de saúde os valores referentes a esses cancelamentos do período de 2000 a 2010, devidamente corrigidos, estimados pela ação em R\$ 2,6 bilhões³⁸.

Com o exposto, ficou claro que, assim como a crise no financiamento da Saúde ocorrida na década de 90 devido à crise fiscal, que levou o governo a retirar recursos da Saúde, nos primeiros anos do novo milênio tal prática persistiu, mesmo com a aprovação de vinculação constitucional de recursos à Saúde. Nesse período, as relações entre Saúde e Fazenda foram marcadas por tensões, e o TCU teve um importante papel de árbitro, embora nem sempre suas decisões tenham sido acatadas. Utilizamos dados da atuação do TCU, porém estudos sobre a atuação do Tribunal de Contas do Estado (TCE) e Tribunal de Contas do Município (TCM) também seriam relevantes, pois demonstrariam em que medida os entes subnacionais também deixaram de cumprir o disposto na Emenda.

Outro ponto importante é que, mesmo com a mudança de governo, não houve alteração nas questões conflituosas do financiamento do SUS, como a necessidade de elevação dos gastos públicos em saúde, de regulamentação da EC 29 para evitar as distorções acima citadas, de alteração da lógica econômica de contenção de gastos e obtenção de superávits para uma lógica que privilegiasse o cumprimento dos direitos sociais inscritos na Constituição. Nesse sentido, o governo Lula apenas deu continuidade ao que vinha sendo praticado pelo governo FHC.

3.6 Regulamentação da EC 29

Conforme anteriormente citado, a EC 29 previa a elaboração de lei complementar no prazo de cinco anos de sua promulgação. No período que se seguiu à sua aprovação foram apresentados diversos projetos de lei complementar. O PLP 01/2003, de iniciativa do deputado Roberto Gouveia, foi aprovado em todas as três Comissões obrigatórias da Câmara, sofrendo emendas e sendo discutido com representantes da sociedade civil, Conselhos de Saúde e Ministérios. Em relação ao financiamento, a proposta apresentava percentuais mínimos a serem investidos em saúde pelo governo federal (10% das suas receitas correntes brutas que compõem o orçamento fiscal e da seguridade social), estadual e DF (12% da

³⁸ Efetuamos a busca para saber do andamento do processo de nº 0047981-93.2010.4.01.3400 no site da Justiça Federal do DF, porém só havia a informação de que em 05/12/2011 estava concluso para despacho, conforme: <http://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php?proc=0047981-93.2010.4.01.3400&secao=DF&enviar=Pesquisar>

arrecadação de impostos dispostos no artigo 155 e dos recursos dispostos nos artigos 157 e 159 (inciso I, alínea “b” e § 3º da CF). Já os municípios deveriam aplicar o que estivesse disposto em suas constituições ou lei orgânica, desde que o percentual superasse o fixado na lei complementar.

Em 2007 o PLP voltou a tramitar, mas sofreu alterações. Em outubro de 2007 o PLP 01/2003 foi aprovado na Câmara dos Deputados, sendo encaminhado ao Senado, onde recebeu o nome de Projeto de Lei da Câmara PLC 89/2007 Complementar, e em setembro de 2008 passou a tramitar em conjunto com o Projeto de Lei Complementar do Senado PLS 156/2007. A Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania aprovou relatório em julho de 2010, contrário ao PLC 89/2007 Complementar e favorável ao PLS 156/2007 (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Já o PLS 121/2007, de autoria do senador Tião Viana, dispõe, além dos percentuais mínimos de aplicação em saúde para União, Estados, DF e Municípios, os critérios de rateio de transferências de recursos para a área e normas de fiscalização e controle de despesas nas três esferas. Após alterações no texto, ficou aprovado que a União deveria destinar no mínimo 10% de sua receita corrente bruta, excluindo as restituições tributárias, devendo esse percentual partir de 8,5% em 2008 e crescendo 0,5% ao ano, para chegar a 10% em 2011. Já os estados e municípios aplicariam 12 e 15% respectivamente do total arrecadado, e o DF deverá aplicar no mínimo os percentuais de estados e municípios somados separadamente. Essa adequação de estados, municípios e DF deveria ocorrer gradualmente até atingir esses percentuais em 2011.

O PLS 121/2007 Complementar foi enviado à Câmara, onde recebeu o nome de Projeto de Lei Complementar PLP 306/2008, sendo aprovado em 20/09/2011 com alterações significativas em relação à proposta original do Senado, especialmente quanto à retirada da vinculação de 10% das receitas correntes brutas da União, substituindo pela aplicação do valor empenhado no ano anterior, acrescido da variação nominal do PIB no ano anterior. Para estados e municípios, manteve a aplicação mínima de 12% e 15%, respectivamente. Além disso, a CSS, que fora acrescentada na tramitação do projeto de lei na Câmara enquanto recurso adicional para a saúde, não teve o seu fato gerador aprovado, constituindo-se numa derrota para o governo, que pressionava para a aprovação da nova contribuição. Outra importante alteração ocorrida na Câmara, que refletiria em perda de recursos para a saúde, foi a exclusão do Fundo de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB) da base de cálculo para aplicação dos percentuais de Estados e DF. Com a exclusão do FUNDEB, a base de cálculo diminuiria e a Saúde perderia recursos. Já no Senado, o projeto de lei foi aprovado

em 07/12/2011, e a única grande alteração em relação ao aprovado na Câmara foi a não exclusão do FUNDEB³⁹ da base de cálculo, representando uma vitória para a saúde, já que perderia recursos caso a exclusão fosse mantida.

Além de definir os percentuais mínimos de aplicação dos entes subnacionais, corrigindo uma omissão da CF de 1988 que certamente interferiu no financiamento do SUS, a lei complementar também definiu o que são ações e serviços públicos de saúde, o que permitirá maior controle por parte dos órgãos competentes quanto aos gastos realizados pelos entes, colocando fim na prática desses entes de incluir ações diversas como ações de saúde.

A demora na regulamentação da EC 29 impactou no quadro de financiamento deficitário do SUS ao longo dos últimos anos. Segundo a ANFIP, de um lado o governo pressionava e “trancava” a pauta na tentativa de acordos para aprovar a CSS como nova fonte de recursos, enquanto que alguns estados faziam oposição à regulamentação para continuarem na confortável posição de descumprirem a EC 29 (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES DA RECEITA FEDERAL, 2011). Além disso, a retirada da vinculação de 10% das receitas correntes brutas da União também refletiu a pressão do Executivo sobre o Legislativo e uma derrota para o setor de saúde.

O que devemos ressaltar sobre a regulamentação da EC 29 é que, embora o Pacto em Defesa do SUS estabeleça a necessidade de se melhorar o financiamento do Sistema, apontando a necessidade de repolitizar o debate e aprovar a regulamentação da EC 29, o governo Lula chegou ao fim sem que essa regulamentação tenha ocorrido. O governo utilizou-se da justificativa de melhorar o financiamento do SUS para aprovar a prorrogação da CPMF, em 2007, mas diante da derrota, a questão da regulamentação da Emenda foi transferida para o governo seguinte.

3.7 Algumas questões sobre o cumprimento da EC 29

É interessante acompanhar se os entes federados têm cumprido o que determina a EC 29, ou se o processo longo e difícil de sua aprovação não serviu para melhorar o quadro de insuficiência de recursos e de instabilidade dos mesmos no SUS. A busca por dados de acompanhamento dos percentuais dispostos na EC 29 na base do SIOPS aponta, para análise apenas dos estados brasileiros, que no período de 2006 a 2010 houve queda gradual no número de estados que não cumpriram o mínimo estabelecido em lei. Em 2010, foram três os

³⁹ A extinção do FUNDEB da base de cálculo para a saúde implicaria em perda de R\$ 1,85 bilhões em 2007, por exemplo

estados que descumpriram a EC 29: Piauí, Paraná e Rio Grande do Sul. Entretanto, segundo análise feita pelo MS, mais sete estados não estariam cumprindo a EC 29 por classificarem erroneamente alguns tipos de despesas como ações e serviços públicos de saúde. Segundo Piola (2010) a União deixou de aplicar R\$ 3 bilhões entre 2000 e 2008, podendo chegar a R\$ 6 bilhões se somados os restos a pagar e as despesas que não são ações e serviços de saúde. Como já citado neste trabalho, dados divulgados pelo TCU demonstram que muitas despesas empenhadas e incluídas nos limites mínimos se transformam em restos a pagar e são posteriormente canceladas, fazendo com que na prática a União não aplique em saúde o mínimo definido em lei. Tal prática levou às situações já descritas de questionamentos por parte do TCU, levando a acórdãos, bem como do MPF.

A prática de inclusão, nas contas do SUS, de ações que não pertencem a ele, como já mencionado anteriormente, foi muito utilizada por estados e municípios, refletindo na redução de recursos para as ações que de fato são de saúde. Diante dessa questão, o Conselho Nacional de Saúde elaborou a Resolução n.º 322/2003, com o objetivo de fazer os esclarecimentos conceituais e operacionais da EC 29/2000 até que a lei complementar referida no §3º do artigo 198 da CF fosse aprovada. Essa resolução aprovou dez diretrizes referentes aos temas da base de cálculo para a definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde, dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde, das ações e serviços públicos de saúde e dos instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011, p. 51). Também nesse sentido, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria GM/MS n. 2.047, de 5 de novembro de 2002, aprovando as Diretrizes Operacionais para a aplicação da EC 29, contemplando os mesmos temas aprovados na Resolução 322/2003. Cabe ressaltar que a Resolução nº 322 do CNS foi objeto de ADIN⁴⁰ movida pela governadora do Rio de Janeiro ainda em 2003, alegando que, conforme o artigo 198, §3º da CF, tal assunto seria regulamentado por lei complementar, e que apenas a União e Estados teriam competência legislativa para editar normas referentes à saúde, além da proibição do uso de receitas do FCEP para custear ações de saúde ser inconstitucional. Entretanto, em 2008, tal ação não foi reconhecida no STF porque foi considerado que, se houvesse conflito, seria de legalidade, pelo caráter infraconstitucional (com as leis 8080/90 e 8142/90) e não com a CF.

Segundo dados do IPEA (2011) em sua publicação anual Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise, em 2009 a União ultrapassou o mínimo definido em R\$ 4

⁴⁰ ADIN n.º 2.999-1 Rio de Janeiro, disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=592514>

bilhões, mas os estados e municípios deixaram de investir R\$ 721 milhões e R\$ 3 milhões, respectivamente. Esses valores podem ser muito maiores, se excluirmos todas aquelas ações já citadas neste trabalho que não integram ações de saúde, mas que são contabilizadas como tais. A estratégia de estados, municípios e União é a de inflar o orçamento da saúde contabilizando despesas que não são próprias da área, dificultando o controle social e dos próprios Tribunais de Contas (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES DA RECEITA FEDERAL, 2011).

Nesta dissertação realizamos uma reconstrução histórica do financiamento do SUS desde sua institucionalização, e não focamos na discussão sobre a necessidade de um maior aporte de recursos, já que para isso precisaríamos entrar em questões mais específicas. Entretanto, apareceu fortemente a crítica e a argumentação de diversos grupos pelo aumento de recursos. Encontramos respaldo para a argumentação desses grupos nos dados apresentados anualmente pela OMS. Segundo a OMS (2010), o Brasil gastou 9% do PIB em saúde no ano de 2009, incluindo os gastos públicos e privados, número bem próximo do de países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) que também possuem sistemas de saúde universais. A diferença é que, enquanto naqueles países a participação do gasto público sobre o gasto total em saúde é de cerca de 70 a 80%, no Brasil é inferior a 46% (WORLD HEALTHY ORGANIZATION, 2010; INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS, 2011b). Países que não possuem um sistema público de saúde universal, como os Estados Unidos, por exemplo, gastam cerca de 16% do PIB em saúde, sendo 48% gastos públicos, número que o aproxima do brasileiro. Em decorrência da opção constitucional pela saúde pública universal, fica claro que o governo brasileiro está gastando pouco em saúde. Os cidadãos, que em tese estão todos cobertos pelo SUS, gastam diretamente 57% do total do gasto privado em saúde (o restante corresponde a gastos privados mediados por planos e seguros de saúde). Os dados divulgados pelo IBGE no início de 2012 reforçam essa questão, pois apontam que em 2009 o gasto público per capita foi de R\$ 645,27, enquanto que as despesas per capita privadas foram de R\$ 835,65 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). Ainda que uma discussão mais ampliada levaria ao questionamento sobre qual é o ideal para investimento público em saúde, podemos inferir que num país com desigualdades sociais como o Brasil, o gasto público deveria superar o privado.

A EC 29 não significa, em sua proposta, um aumento do aporte de recursos por parte da União, deslocando essa responsabilidade para os estados, já que a União sempre foi responsável por mais de 50% do gasto público em saúde e os municípios, de forma geral, já

vinham gastando em torno de 15% da receita de impostos em saúde. Além disso, devido ao caráter dual da prestação de serviços no país, concedido na CF que tornou os serviços de saúde “livres à iniciativa privada” e acomodando, dessa forma, os interesses privatistas, a União incentiva o mercado de planos de saúde em renúncias fiscais como a do Imposto de Renda, que permite que esses gastos sejam abatidos pelas pessoas físicas, além das empresas incluírem os gastos com assistência médica e odontológica de seus funcionários como gasto operacional (BAHIA, 2001).

A EC 29 tem alguns pontos negativos, conforme destaca Dain (2001):

a) o abandono ao OSS e, conseqüentemente, à lógica da seguridade social e da cooperação entre as áreas que a compõem;

b) a desvinculação entre o crescimento dos recursos para a saúde e o crescimento das arrecadações com contribuições sociais⁴¹, que arrecadam mais recursos e, segundo a autora, seriam mais vantajosos do que a vinculação ao PIB;

c) a vinculação ao PIB nominal, preocupante em um possível quadro de estagnação econômica, já que a população carente seria duplamente prejudicada, pois além da falta de empregos, veria uma política social fundamental como a de saúde ter diminuição de recursos.

Esses pontos são relevantes, mas há que se considerar que a lógica do OSS como proposto na CF nunca foi efetivamente seguida. Nos anos 90, além da especialização de algumas fontes de financiamento, conforme já abordamos no presente estudo, com a retirada das contribuições sobre a folha de salários do financiamento da saúde em 1993 e com a criação da CPMF inicialmente como fonte exclusiva para a Saúde, há também a utilização dos recursos do OSS para a política de ajuste fiscal do governo, com mecanismos como o FSE/FEF/DRU, ampliação de receitas não partilhadas com os entes e subtração de gastos previdenciários do orçamento do MS, também já demonstrado neste trabalho. Além disso, conforme relatos presentes na pesquisa de Machado (2005), os dirigentes do MS acreditavam que, diante de uma possível reforma tributária, a vinculação de recursos de impostos e contribuições sociais para a Saúde poderia resultar em perdas posteriores.

Lima (2006) ressalta que a garantia na EC 29 de percentuais mínimos de aplicação em saúde por parte dos entes federados não resolve a questão da desigualdade na capacidade de arrecadação e da apropriação de transferências constitucionais por parte dos mesmos. A

⁴¹ Dados de 2007 demonstram que as contribuições sociais representavam 18% do orçamento do MS, dos quais 37% originavam-se do CSLL e 30% da CPMF

autora, citando Ugá e Marques (2005)⁴² também argumenta que no período entre 2000 e 2002 a Saúde recebeu menos de 17% do OSS e 5% da despesa efetiva federal, isso devido às prioridades de pagamento da dívida brasileira e à queda de braço com a Fazenda. Barros; Piola; Viana (1996) analisam que de 1990 a 1995 os repasses para o MS tiveram irregularidades nos fluxos mensais. Já Machado (2005) relata que de 1995 a 1998 houve oscilações nos gastos com ações e serviços de saúde per capita do MS. A autora também alega que o aumento nas transferências federais ao SUS ocorreu especialmente nas políticas priorizadas pelo MS, no período de 1995 a 2002, como PSF e alguns procedimentos de alta complexidade (*idem*).

No contexto de crise fiscal, a descentralização promovida pela CF e a posterior retração do gasto federal em saúde nos anos 90 e início dos anos 2000 pode ser vista como uma estratégia para deslocar para os municípios a responsabilidade maior sobre os gastos sociais (MACHADO, 2005). Lima (2006) citando Arretche⁴³ (1997) e Souza⁴⁴ (2002) afirma que essa tese se sustenta também nos estudos dessas autoras sobre a descentralização promovida na Constituição.

Outro aspecto importante que impactaria no financiamento das políticas públicas é a necessidade de uma reforma tributária para maior tributação da renda e do patrimônio, no sentido de um sistema tributário mais progressivo. A PEC nº 233/08, proposta de reforma tributária enviada pelo governo Lula em seu segundo mandato, afetava várias áreas sociais, como saúde, previdência, educação, trabalho e assistência social (MARQUES; MENDES, 2009b). A proposta visava a simplificação do sistema, com a integração de impostos e contribuições que tenham semelhanças na base de incidência, como a fusão de COFINS, PIS e salário-educação. Segundo Marques e Mendes (2009b) os três principais tributos do OSS seriam alterados, sendo reduzidos e contrariando o princípio da diversidade de fontes inscrito na CF. Fleury (2009a) e Salvador (2009) também apontam diversos problemas gerados pela reforma, especialmente na ameaça aos direitos sociais consolidados na CF, já que desmonta o financiamento da Seguridade Social. Essa proposta não foi aprovada no Congresso devido à falta de consenso entre os legisladores, bem como pressão de vários setores ligados à área

⁴² UGÁ, M. A. D.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. (Org.). Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS. 1 ed. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005. p. 193-233.

⁴³ ARRETICHE, M. T. S. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. IN: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. (orgs). A miragem da pós modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

⁴⁴ SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n.3, p 431-442, 2002.

social. Salvador (2009) aponta que as políticas macroeconômicas dos governos FHC e Lula resultaram em ganhos para o capital, não para a área social, que dependia de aporte de recursos para fazer a transição do modelo anterior à CF para o pós CF. Castro (2009) também chama atenção para o fato de que a reforma proposta pelo governo Lula não toca no problema da regressividade do sistema. Ele alega que os pobres acabam pagando proporcionalmente mais do que os ricos, o que leva a não redução das desigualdades. Assim, podemos concluir que a proposta de reforma tributária do governo Lula contribui para a tese de que esse governo pouco agiu no sentido de proteger e ampliar a política de saúde. Por outro lado, cabe ressaltar que a área de saúde já está “protegida” pela EC 29, que já desvinculou as contribuições sociais do financiamento da área. Entretanto, como a EC 29 estabelece que a lei complementar será reavaliada a cada cinco anos, há expectativa de que as questões referentes à participação da União no financiamento e a desvinculação das contribuições sociais possam ser revistas futuramente. Nesse sentido, a reforma tributária impactaria na destinação de recursos para o SUS.

4. Atuação do Executivo e do Legislativo na legislação em saúde no Brasil

Como já estudamos em capítulo anterior, alguns autores abordam questões relacionadas aos conflitos entre equipe econômica e MS, nos anos que se seguiram à institucionalização do SUS, especialmente quanto ao financiamento do sistema (MARQUES; MENDES, 2005b). Isso implica diretamente em questões amplamente debatidas na Reforma Sanitária Brasileira, como o conceito de saúde pública e o princípio da universalidade e da integralidade. Já no campo das relações entre os poderes, também há estudos que apontam para conflitos (por exemplo, para aprovação da CPMF) e na própria predominância do Executivo em legislar. Isso fica claro nas palavras de Werneck Vianna⁴⁵ (2002 apud GERSCHMAN; SANTOS, 2006, p. 183) de que “aparentemente, na saúde replica-se o déficit democrático da democracia brasileira, expresso pelo predomínio do Executivo, cujo processo de tomada de decisão frequentemente subtrai a formação de opinião tanto dos parlamentares como da sociedade civil”. Nesse sentido, este capítulo discutirá as questões da atuação do Executivo e do Legislativo na produção de legislação em saúde no período pós CF, por entendermos que essa atuação e as relações entre esses poderes influenciaram os caminhos do financiamento do SUS.

Arretche (2003) também considera que desde a fase de formulação dos objetivos da Reforma Sanitária, que culminou na institucionalização do SUS, a formulação dessa política deslocou-se do Legislativo para o Executivo, especificamente para o MS. A autora prossegue em seu argumento, reconhecendo o papel importante do Congresso na aprovação da CPMF e da EC 29, mas ressaltando que a formulação das regras não passa pelo Legislativo, pois são as portarias ministeriais, como as NOBs/NOAS/Pacto pela Saúde já discutidos neste trabalho, que são editadas pelo MS e em decorrência de negociações e discussões com o CNS e as CITs que definiam muitos aspectos do SUS, especialmente o financiamento. Assim, vemos que a opção pela via infra-legal para regulamentação do SUS acabou revelando a não implementação do sistema tal qual se apresenta na CF, especialmente por que a participação social fica, no caso das portarias, à margem da discussão sobre as definições da política de saúde.

A questão sobre as relações de poder entre Executivo e Legislativo é bastante estudada no campo da Ciência Política (BAPTISTA, 2010). Os estudos apontam para

⁴⁵ WERNECK VIANNA, L. A democracia e os três poderes no Brasil. Rio de Janeiro, Editora da UFMG/IUPERJ/FAPERJ, 2002.

desigualdade de atuação entre os poderes, com predominância do Executivo em relação aos demais (SANTOS, 1997; FIGUEIREDO, 2001; FIGUEIREDO; LIMONGI, 1994). A característica do presidencialismo brasileiro é a de busca por apoio num contexto de multipartidarismo para a formação de coalizões majoritárias e assim sustentar seu poder, proporcionando governabilidade para implementação da agenda do governo, o que é denominado “presidencialismo de coalizão” (ABRANCHES, 1988). A forma de organização e distribuição dos Ministérios também expressa esse presidencialismo de coalizão, pois tal distribuição expressa os interesses do Executivo e dos partidos políticos, para formação de uma base de apoio no Congresso (ABRANCHES, 1988). Essa característica, típica do modelo consociativo, contrasta com outra característica presente no sistema político brasileiro, típica do modelo majoritário, que como o poder de editar medidas provisórias e outras matérias de iniciativa do Executivo, que conferem grande poder ao presidente (ABRÚCIO, 1998). Immergut (1992) já havia apontado a importância do Executivo na formulação de políticas públicas, na análise institucional que realizou a partir das mudanças nas políticas de saúde de França, Suíça e Suécia.

A partir da Constituição de 1988 o Congresso recupera o poder de formulação de políticas públicas, embora a mesma Carta possibilite ao Executivo exercer certo domínio sobre o processo legislativo na forma de medidas provisórias, a prerrogativa de solicitar urgência numa votação, a iniciativa de legislar em determinadas áreas, vetar total ou parcialmente leis aprovadas pelo Legislativo etc. (BAPTISTA, 2010).

No caso brasileiro, a forte capacidade do Executivo legislar por meio de medidas provisórias também colabora para a sua predominância nas iniciativas legislativas, além da possibilidade de veto parcial ou total, impactando sobre as políticas aprovadas. Mainwaring e Shugart (1997) já afirmavam que os amplos poderes constitucionais de decreto torna os Executivos mais fortes. Dessa forma, o Legislativo tem parte de sua atuação cerceada pelo Executivo. A prerrogativa de solicitar tramitação urgente também é utilizada pelo Executivo para “trancar” a pauta do Congresso. Como exemplo, podemos citar os diversos esforços dos parlamentares para conseguirem votar a regulamentação da EC 29 no segundo semestre de 2011. Como o governo temia pela não aprovação da CSS e esperava ganhar tempo para ampliar o apoio a tal contribuição, utilizou-se bastante do recurso de tramitação urgente de outras matérias, impedindo que a votação da regulamentação entrasse na ordem do dia.

Em estudo sobre a produção legal na esfera federal no período de 1989 a 1992, Figueiredo e Limongi (1994) demonstram que o Executivo foi o proponente de 81% das leis aprovadas. Baptista (2010) realizou uma análise da produção legislativa em saúde no

Congresso no período de 1990 a 2006. O mapeamento realizado pela autora revelou que foram produzidas 914 normas legais (MPs, decretos, leis, emendas e resoluções), sendo 89,8% de autoria do Executivo.

Conforme aponta Baptista (2003) a característica do Legislativo é de proposição de leis que expressam interesses mais específicos do parlamentar ou de grupos que ele represente, geralmente tendo como motivação ampliar as intenções de voto dos eleitores, e que essa característica gera o grande volume de projetos tramitando no Congresso por anos, com baixo grau de aprovação. Além disso, a proposição de leis pelo Legislativo acaba se submetendo a negociações posteriores no Executivo. Já o Executivo tende a apresentar proposições mais gerais e amplas. Por outro lado, conforme a autora, as propostas do Executivo chegam ao Congresso previamente discutidas e negociadas, o que diminui consideravelmente o tempo de tramitação. A aprovação da CPMF é um exemplo desse argumento.

Baptista (2010) aponta que a aprovação da CPMF, um dos objetos de nosso estudo, seguiu um caminho iniciado pelo projeto de lei em 1996, amplamente discutido no interior do governo pelo período de um ano, mas tramitou no Congresso por apenas 60 dias. Essa estratégia de antecipar a negociação com grupos de interesse ou parlamentares, possibilita a agilização da sua tramitação na Casa e, segundo Baptista (2010) reflete um *pacto muitas vezes pouco transparente da política desenhada* (p. 105), já que envolve negociações que possivelmente não ocorreriam de forma ampliada e aberta. Nesse sentido, a teoria de Kingdon (1995) sobre as janelas de oportunidade da política explicam essa estratégia, já que os projetos apresentados expressariam aqueles que certamente seriam aprovados, poupando o desgaste de projetos ameaçados pelo momento político inapropriado. A discussão importante é que essa característica do Executivo permite que o vejamos como concentrador de poderes, mas também como um poder que encaminha políticas e dá agilidade ao processo político, ampliando sua capacidade de governar (BAPTISTA, 2010). Gerschman e Santos (2006) apontam que devido à necessidade de agilidade na tomada de decisão o Executivo pode adotar procedimentos menos formais e que, por isso, podem sofrer a interferência de grupos de interesse.

O ex-presidente Fernando Henrique Cardoso relata em seu livro “A arte da política: a história que vivi” (2006) que os embates no Congresso e a demora no processo decisório atingiram não só as reformas de caráter econômico propostas pelo governo, mas também aquelas sociais, sobre as quais se esperava maior cooperação, citando a aprovação da CPMF, que exigiu grande esforço político de convencimento por parte de Adib Jatene e da

EC 29, que também exigiu negociações não só internas ao Congresso, como também no interior do próprio setor econômico do governo, como já apontamos. Entretanto, o que observamos é que a agenda do Executivo conseguiu prevalecer sobre a discussão no âmbito do Legislativo, já que na realidade as negociações entre os poderes giravam em torno da aprovação da proposta que implicasse em menores gastos para o governo federal. Como já relatado em capítulo anterior sobre a aprovação da EC 29, o governo federal, por meio da sua bancada no Congresso, conseguiu que a emenda contemplasse as suas preferências, bastante distoantes da proposta original. A questão do financiamento do SUS era motivadora de tensões internas no Executivo federal, entre as áreas de Saúde e Fazenda, e isso refletiu na demora para aprovação da EC 29. Quanto o governo quis aprová-la, nos moldes do pretendido pela área econômica (retirada da vinculação do PIB federal), colocou um ministro forte à frente do MS, que negociou sua aprovação, ainda que não na situação inicialmente pretendida pelo MS.

Para exemplificar essa relação em que é o Executivo quem, em última instância, define o conteúdo da legislação aprovada, renegociando questões que foram previamente debatidas e vencedoras de disputas políticas no interior do Legislativo, podemos citar parte da tramitação do projeto de lei que deu origem à regulamentação da EC 29. Inicialmente houve a pressão do governo para que o projeto não fosse apreciado na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados. O ministro da Saúde à época, Humberto Costa, assim discursou em reunião do CNS em julho de 2004:

(...) A Emenda prevê que no ano de 2004 haverá um processo de regulamentação. Assim, há projetos no Congresso Nacional para a regulamentação definitiva. Por outro lado, a Emenda prevê que, em não havendo regulamentação, prevalece o mesmo critério. O entendimento do Governo é que, por ser uma discussão que exige importante nível de aprofundamento, com participação da sociedade civil, deveria ser preservado para 2005 o que está proposto na Emenda. Com isso, não haveria perdas, mas sim ganhos em relação ao Orçamento de 2005. Nós vamos defender essa posição no Congresso Nacional. A Comissão de Seguridade Social está em condições de votar uma proposta e eu solicitarei a presença da Câmara dos Deputados na Comissão para defender essa visão. Nós devemos deixar a Emenda nos moldes atuais e fazer a discussão sobre a sua regulamentação permanente no final desse ano ou no início de 2005 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004 apud GOMES, 2011).

Após um período de tramitação a passos lentos devido a essa pressão do governo federal, o PLS 121/07 foi aprovado em abril de 2008 no Senado por unanimidade, pois ainda que tenham sido feitas tentativas por parte da área governista para retirar a vinculação de 10%

da receita corrente bruta da União, diante da constatação de que isso não seria possível, os líderes da coalizão liberaram os votos da base governista (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2011). Quando chegou à Câmara dos Deputados, o projeto passou a ser denominado PLC 306/08 e, como havia uma base mais coesa para o governo, a estratégia foi revista e conseguiu-se retirar a base de 10% das receitas brutas da União. Esse movimento foi caracterizado pelo impasse, diante das tentativas da oposição em resgatar a vinculação das receitas, além do contexto de crise econômica mundial e proximidade das eleições presidenciais.

A questão do tempo de tramitação também é importante, pois mais uma vez observa-se claramente o poder do Executivo em determinar o ritmo de aprovação de uma lei. Encontramos em Baptista (2003) os dados de que a lei 8142/90 e a lei que instituiu a CPMF, ambas propostas pelo Executivo, tramitaram apenas 5 e 60 dias, respectivamente, até sua aprovação. Já a EC 29, de autoria do Legislativo, demorou 2765 dias para ser aprovada. Além do longo tempo transcorrido entre sua proposição e aprovação, é importante ressaltar que o texto final não refletiu as intenções iniciais dos seus proponentes, sendo fortemente direcionado pela necessidade do Executivo. Podemos exemplificar também com a regulamentação da Emenda, também de autoria do Legislativo, que demorou dez anos para ser aprovada.

A força do Executivo brasileiro no que se refere ao financiamento do SUS significou o uso das vias infra-legais (normas, portarias, decretos), além de um Legislativo alinhado. Entretanto, se olharmos para o caso específico da não prorrogação da CPMF em 2007, que se constituiu em uma das maiores derrotas do governo Lula, vemos que o Legislativo, ainda que simpático à causa da necessidade de mais recursos para o SUS, não se sujeita às pressões governamentais, nem se alinha ao governo.

Diante do que apresentamos neste capítulo, ficou claro que o Executivo é, em última instância, o poder que consegue imprimir sua vontade sobre os demais poderes. No caso dos entes subnacionais, ele possui mecanismos institucionais para fazer com que atuem conforme suas diretrizes. É o caso da edição de portarias, que se tornou prática comum e exaustiva, dificultando uma visão mais geral da política de financiamento e acentuando a fragmentação institucional do SUS. No caso do Legislativo, o Executivo também conseguiu impor a sua agenda, tendo aquele Poder o superado apenas em momentos isolados, como na não aprovação da prorrogação da CPMF, em 2007. Dessa forma, observa-se uma relação de cooperação entre poderes, especialmente verificada na aprovação da CPMF até 2007, nas prorrogações da DRU e na aprovação da regulamentação da EC 29 retirando vinculação de

percentual das receitas brutas da União. Assim, o SUS apresenta-se como uma política fortemente orientada pelo Executivo. O debate maior desloca-se, portanto, para as questões internas entre as áreas de Saúde e Fazenda.

5. Dificuldades e avanços na implementação do SUS e no financiamento: a visão dos atores

Após a apresentação e discussão do financiamento da saúde no Brasil, evidenciando as dificuldades e barreiras no caminho do SUS tal qual disposto na Constituição, apresentaremos os resultados das entrevistas feitas com alguns atores a respeito dos caminhos percorridos pelo SUS para se consolidar e os desafios do seu financiamento, reconstituindo a participação e a visão desses atores nesse processo. É importante ressaltar que os três entrevistados atuaram nos anos 90 até o início do decênio de 2000, portanto estão ligados ao governo de Fernando Henrique Cardoso.

Foram entrevistados Adib Jatene, médico, ministro da Saúde no governo Collor, em 1992, e no governo FHC, durante os anos de 1995 e 1996, Barjas Negri, economista e atual prefeito de Piracicaba, Secretário Executivo do MS no período de 1997 a 2001 e, posteriormente, ministro da Saúde no ano de 2002, e Geraldo Biasoto Júnior, também economista, Secretário de Gestão de Investimentos em Saúde de 1999 a 2002. O período a que Barjas e Biasoto estiveram ligados ao MS, que é o período de Serra à frente do Ministério, é considerado um período em que este Ministério conseguiu fazer frente à área econômica, colocando a agenda do MS, especialmente na questão do financiamento. Ademais, na década de 90, período de implementação do SUS, todos os ministros eram médicos, padrão que foi quebrado com a nomeação de Serra e, posteriormente, de Barjas, ambos economistas. Barjas, enquanto Secretário Executivo no período de José Serra, tinha forte alinhamento político com o governo, já que era do PSDB e fora escolhido pessoalmente pelo presidente para o cargo de Secretário Executivo do MS, além da trajetória bem sucedida no Ministério da Educação nas áreas de financiamento e descentralização (MACHADO, 2005). Baptista (2003) ressalta que Barjas tinha a missão de conferir racionalidade econômica para o setor. Na entrevista, ele relatou que fazia seu trabalho naquele Ministério, quando a própria Presidência solicitou que assumisse a Secretaria Executiva do MS, prometendo que havia um aporte financeiro advindo da CPMF, mas que quando assumiu, deparou-se com dívidas a pagar, frustrando suas expectativas. Segundo Machado (2005) a estratégia do governo FHC de nomear secretários executivos para os ministérios para fazer contrapeso ao poder dos ministros e imprimir um viés mais técnico do que político aos ministérios.

A característica comum desses três dirigentes, portanto, é que atuaram no MS durante os anos 90 e início de 2000, período marcado fortemente pela contenção de gastos por

parte do governo federal, em contexto de crise fiscal, contraditória ao momento de implementação do sistema de saúde garantido pela Constituição Federal. Essa contradição se dá em razão da necessidade de ampliação da estrutura e da cobertura dos serviços de saúde, com a incorporação de milhões de cidadãos, além da descentralização político administrativa e a responsabilização de novos atores – estados e municípios, frente à política macroeconômica do governo. Entretanto, enquanto Jatene tem um perfil apartidário, embora com convicções e posturas políticas muito fortes, como ficou claro na entrevista, os outros dois entrevistados se mostraram bastante partidários, pois em vários momentos faziam comparações com o governo Lula e, por terem vínculos bastante estreitos com Serra, pareciam querer provar a importância dele na aprovação da Emenda. Os resultados das entrevistas serão discutidos em duas seções. A primeira trata do início do novo sistema público de saúde e a luta pelo financiamento. Já a segunda seção abordará o caminho da aprovação da Emenda Constitucional 29 e os processos políticos que a envolveram.

5.1 O problema do financiamento insuficiente e a busca por novos recursos nos anos de implementação do SUS

Sobre os primeiros movimentos em favor da construção do SUS, Jatene coloca que a maior dificuldade encontrada foi a falta de recursos, já que a incorporação da massa até então excluída dos atendimentos em saúde e a retirada dos recursos da Previdência fez com que o orçamento do MS fosse insuficiente para dar conta das novas responsabilidades. Diante da escassez de recursos, a tabela de remuneração do SUS era bastante defasada, conforme o mesmo relata:

[...] isso levou o orçamento da saúde para um piso muito baixo, é por isso que quando eu assumi, em 1992, o sistema pagava por uma consulta médica R\$ 2,50. E quando o Sindicato dos Médicos pediu para passar a consulta médica para R\$ 10,00 eu demonstrei que só essa diferença era mais da metade do total de recursos que a gente tinha para gastar, que era R\$ 7,5 bilhões.

De fato, como apareceu na literatura estudada neste trabalho, os primeiros passos da implementação do SUS caracterizaram-se pela escassez de recursos frente à grande demanda que se apresentava, e foi no governo Collor que a saúde deu dois importantes passos para a institucionalização do sistema, com as leis 8080/90 e 8142/90.

Já Barjas Negri aponta que o SUS, em que pese sua institucionalização na CF, foi de fato implementado no governo FHC, pois até então consistia no aumento da demanda pelo serviço sem a estruturação da oferta. Para ele, o erro foi criar o SUS sem estabilidade no financiamento, o que levou, já nos primeiros anos da sua institucionalização, a um processo ruim de passagem do INAMPS para o SUS, refletindo em uma imagem negativa que perdura até hoje. Diante desse quadro, Barjas ressalta os três movimentos feitos por Jatene para tentar estabilizar a situação financeira da saúde:

Então no início de 95 havia, por conta da implementação do Plano Real, a dívida pública, havia pouco dinheiro. Não é que ninguém era contra a saúde, havia pouco recurso orçamentário para poder dedicar à saúde. E o Adib Jatene sabendo disso, ele fez dois movimentos, aliás, três. Em um ano ele emprestou dinheiro do FAT, um bilhão de reais na época, imagine quanto é hoje, com a promessa de devolver. Isso foi em 95. No ano seguinte ele emprestou mais um bilhão do FAT com a promessa de devolver. Então o sistema não entrou em colapso porque esses dois bilhões que foram obtidos pelo Jatene junto ao FAT acabaram dando uma certa tranqüilizada no setor. Agora, esse dinheiro tinha que ser devolvido ao FAT com juros e correção. E o terceiro movimento, ele faz um movimento para aprovar a CPMF.

Barjas se refere aos difíceis anos posteriores à crise no financiamento da saúde ocorrida a partir de 1993, quando as receitas provenientes da Contribuição de Empregados e Empregadores sobre a folha de salário passou a ser exclusiva para a Previdência Social, retirando uma quantia considerável do orçamento do MS, conforme já discutido neste trabalho.

Assim como Barjas, Biasoto também considera que a transição da previdência com saúde para o modelo de separação entre essas duas áreas foi mal equacionada financeiramente e que a simples sobreposição de um modelo institucional a outro não resolveria tal quadro.

Não adiantava, se você queria fazer saúde integral você teria um gasto muito mais expressivo do que o anterior. No fundo o que o governo fez foi pegar o antigo INAMPS, ele pegou e transitou para o Ministério da Saúde, com o mesmo recurso, a forma de trabalhar completamente diferente. Então a gente ficou num modelo híbrido por muito tempo, desde 88 a no mínimo 94, 95, onde quase que o Ministério da Saúde era o próprio INAMPS. E com o mesmo recurso.

Biasoto destaca o impacto de se fazer a nova política de saúde com a lógica de transportar a estrutura existente para o desenho da nova estrutura, que do ponto de vista institucional não funcionou.

[...] olha, era tão grave isso, que você olhava para o MS e ele tinha um pessoal antigo, então um órgão que já não tinha nada a ver com a lógica que seria a nova lógica, aí você vê a estrutura de pessoal, a saúde acho que até hoje não tem carreira, a saúde se nutria do velho quadro do INAMPS, e do pessoal dos municípios e estados colocados em cargos. O único pessoal estável era do velho INAMPS. Então montar uma estrutura que se propõe a fazer saúde universal é montar a estrutura mesmo, montar o Ministério, construir as carreiras. Por muitos anos a Secretaria de Assistência à Saúde foi a única secretaria que tinha recursos do ministério, porque o INAMPS virou a Secretaria de Assistência à Saúde, era o único grande bloco de poder que existia no Ministério.

Biasoto também afirma que a defesa de interesses por parte dos atores envolvidos no processo de implementação do SUS não ajudou para que se pensasse de forma a articular o novo desenho institucional para a política de saúde.

[...] engraçado, mas tem uma ótica que era meio complacente com isso porque o movimento todo da Constituição era muito capitaneado pelos municípios, então tinha uma liderança municipal. Para a liderança municipal importava o seguinte, que o MS arrecadasse o dinheiro e entregasse para eles, então ninguém estava interessado no MS ter uma estrutura, só queriam que o Fundo Nacional de Saúde fizesse a passagem de dinheiro, por isso, embora atuantes, eles nunca foram atuantes do ponto de vista de estruturar o Ministério. Até por que eles queriam o recurso só para eles. O Serra fez uma batalha dentro do SUS, foi o seguinte, na hora que queria fazer os mutirões, por exemplo, da catarata, ele separou um recurso para isso, e os municípios diziam “não, o recurso é integral, você me dá o dinheiro que eu faço, eu administro o que eu quero fazer” e ele queria apartar um recurso específico que era para catarata. Então essa briga dos municípios que queriam todo poder para eles, ela se traduziu nas relações deles com o ministério, como uma não demanda por estruturação do ministério.

O relato de Biasoto toca em um ponto importante bastante discutido nas pesquisas sobre a política de saúde, que é a relativa falta de autonomia dada aos entes subnacionais na formulação de políticas públicas de saúde concernentes às realidades locais, já que adotou-se a estratégia de atrelar repasses à adesão a grandes programas considerados importantes pelo MS.

Ao assumir o MS pela segunda vez, agora no governo FHC, Jatene estava em contexto bastante diferente da sua gestão no governo Collor. Passados alguns anos, a política de saúde já tinha um desenho institucional mais claro, o quadro político era mais estável, e a economia buscava essa estabilidade por meio da política de ajuste fiscal. Entretanto, o problema da insuficiência de recursos para a saúde continuava na agenda pública, já que não houvera solução e, pelo contrário, o setor enfrentava uma crise. Constatada a insuficiência de

recursos, Jatene relata que procurou a área econômica do governo (ministros Malan, na Fazenda, e Serra, no Planejamento) e descobriu que não havia possibilidade de melhorar o orçamento do MS. Diante dos objetivos que havia estabelecido para sua gestão no MS, como reduzir a mortalidade infantil pela metade, erradicar a dengue, agir contra a malária na Amazônia e revalorizar a tabela de procedimentos do SUS, o ministro procurou alternativas de financiamento. Nesse momento, relata que deu-se conta de uma nova possibilidade de recurso, com o tributo (IPMF) criado e extinto em 1994. No trecho abaixo, ele explica a lógica de seu pensamento para justificar que a criação de contribuição exclusiva para a saúde nos moldes do IPMF não traria maiores impactos para a população pobre.

[...] uma fonte que foi extinta, não causa nenhum problema maior porque a população que ganha salário mínimo e a população que tem baixa renda não tem conta bancária, e se não tem conta bancária não vai ter nenhum desconto do IPMF. Agora, quem ganha R\$ 1000,00 vai descontar R\$ 2,00 por mês, quem movimenta R\$ 10.000,00 vai descontar R\$ 20,00 por mês, quem movimenta R\$ 100.000,00 vai descontar R\$ 200,00 por mês. Isso não vai causar nenhum impacto em cima (*sic*) da população.

Entretanto, apesar de sua lógica ser pertinente, ele não percebera um outro efeito da nova contribuição. Conforme ele relata, não havia percebido que a CPMF ia identificar a sonegação de impostos no Brasil, que foi justamente o que ocorreu quando o então Secretário da Receita Federal, Everaldo Maciel, resolveu cruzar os dados da CPMF com os do Imposto de Renda. Nessa ocasião, segundo Jatene, descobriu-se que dos 100 maiores contribuintes da CPMF, 62 nunca tinham pago IR e que havia uma grande quantidade de empresas em situação irregular, pois havia microempresa, que por lei não poderia movimentar mais do que R\$ 120.000,00 por ano, e descobriu-se que movimentava R\$ 100.000.000,00 por ano. Dessa forma, Jatene aponta que um dos fatores que mobilizaram os empresários nas críticas à CPMF, que também ajudaram na não renovação dela em 2007, foi justamente o fato de não possibilitar a sonegação.

Sobre o embate com o MF e MPOG na busca por novas fontes de recursos, o discurso de Jatene também corrobora com o que aparece na literatura:

A área econômica não ajudou absolutamente nada na implementação da CPMF, pelo contrário, se ela podia prejudicar, prejudicou. Não ajudou. Uma vez me perguntaram no Rio Grande do Sul por que eu, ministro da Saúde, estava buscando recursos para a saúde, e eu respondi: porque quem devia me oferecer não tava preocupado com o problema, então eu estou procurando ajeitar a coisa.

Jatene continua, relatando o processo de aprovação da nova contribuição, bem como o trabalho de convencimento no Congresso, transcrito na íntegra para que possamos apreender seus argumentos:

A coisa foi assim, no Senado o projeto foi aprovado em vinte dias, ele foi rápido, foi o senador Valadares, que ainda está no Congresso hoje, quem apresentou e ele foi aprovado. Quando foi para a Câmara, aí começou o problema, porque o presidente da Câmara na época, o Luis Eduardo, era contra, então ele não punha na pauta e ficou parado um tempão. E eu o que fiz, eu passei a frequentar o Congresso, eu fazia reunião com bancada, fazia reunião com partidos, fazia reunião com grupos de deputados, eu devo ter ido umas cinquenta, sessenta vezes no Congresso.

Você me pergunta: mas por que o senhor foi fazer isso? Por que eu tenho uma convicção de que o sistema democrático não é o que tem sido exercitado por aí. Não é ter eleição ter Câmara, Senado, ter três poderes independentes, não é isso. O sistema democrático se baseia em uma coisa só, que se chama legitimidade. A diferença de um sistema autocrático para um sistema democrático, de um sistema ditatorial para um sistema democrático, é que no sistema autocrático o que o chefe, presidente ou nome que tenha decide tem que ser feito. No sistema democrático, não. No sistema democrático o que for legitimado é aceito, todo mundo aceita o legítimo. A dificuldade é legitimar e a legitimação você só consegue por uma discussão democrática. A discussão democrática exige um pré requisito. Qual é o pré requisito? Se chama honestidade intelectual. Só quem é intelectualmente honesto pode, numa discussão, dizer: o seu argumento é melhor que o meu. Então eu acredito profundamente nisso.

Então eu fui ao congresso várias vezes. Quando eu fui fazer a reunião com a bancada do PMDB, o Michel Temer, que era o líder da bancada, hoje ele é vice presidente, disse: *“Ministro, todos são contra a CPMF”* e eu disse: *Eu sei mas eu vou tentar legitimar a minha reivindicação.* Eu fiz uma reunião de mais de três horas. Eu disse: *A CPMF não é o meu partido nem é meu clube, a CPMF é a solução que eu encontrei nessa realidade do país. Então eu não tenho outra fonte para somar ao orçamento do Ministério que não seja essa e eu não tenho como eliminar as deficiências do sistema se eu não tiver uma fonte adicional de recursos.* Bem, quando eu saí da reunião eu tinha mais da metade da bancada a meu favor. Porque eu lancei um repto: *Os senhores me ofereçam uma alternativa. Se tiver uma alternativa eu aceito, eu to precisando de mais recursos, eu estou demonstrando para os senhores que eu preciso de mais recursos, eu tenho que revalorizar os procedimentos, eu tenho que fazer uma ação forte sobre a malária, eu tenho que erradicar a dengue, eu tenho que reduzir a mortalidade infantil entre outras ações e eu preciso de mais recursos. Se eu não tiver esses recursos adicionais, essas ações não vão ser feitas, e se as ações não forem feitas, eu não modifico o sistema.*

Quando o Roberto Campos foi votar, ele fez uma declaração de voto mais ou menos, não é exatamente, mais ou menos assim: *Todos vocês sabem que eu sou contra oferecer nova fonte de recurso para o governo, porque o governo aplica mal. Acontece que o ministro veio aqui e nos lançou um repto, que nós oferecêssemos uma alternativa, e eu não encontrei alternativa, então eu voto com o ministro.* De maneira que este movimento da aprovação da

CPMF é a demonstração do verdadeiro sistema democrático. Isto é que é democracia. Quer dizer, eu tenho um pleito, eu levo ao Congresso, eu apresento as minhas razões, eu peço que me ofereçam alternativa, eles não têm alternativa, então eles têm que votar a favor. É isso que ninguém entendeu. Por que ninguém acompanhou as discussões que ocorreram no Congresso e os termos que ela foi colocada, quer dizer nós não estávamos pedindo dinheiro para gastar com corrupção, pra financiar empreiteira, nós estávamos pedindo dinheiro para financiar a necessidade básica da população, que o Ministério não tinha recurso e que precisava de mais recurso.

É por isso que eu não consegui aceitar quando esterilizaram a CPMF. Veio o dinheiro da CPMF e retiraram do que eu tinha quantia um pouquinho maior. Então era inaceitável depois de uma luta daquele tamanho, depois de ter demonstrado como funciona o sistema democrático, como você legitima a sua reivindicação, porque a negociação com o Congresso não pode ser o que nós estamos assistindo de fisiologia, eu te apoio se você me der esse cargo, esse cargo, esse cargo, se você me tirar esse cargo eu deixo de ter apoiar. Isso não é democracia, isso é um negócio repugnante. Isso é utilização do espaço democrático pra fazer negociação.

Na explanação de Jatene identificamos alguns elementos importantes. Primeiro, fica claro o seu papel enquanto empreendedor político da CPMF. Segundo, havia uma posição política contrária à criação de mais um tributo, que causaria um desgaste perante a sociedade, mas diante do convencimento feito por Jatene, essas questões foram suplantadas pela necessidade de obter uma fonte de recursos exclusiva para a saúde. Fica fácil compreender os motivos que levaram o Ministro a pedir exoneração do cargo quando percebeu que não teria recursos adicionais com a CPMF, já que sua luta não resultou no que planejava.

Nesse sentido, Jatene destaca que a substituição de fontes realizada pela área econômica do governo foi a grande frustração, conforme já apontamos nesse estudo. Dessa forma, após a aprovação da CPMF os percentuais do COFINS e CSLL repassados à Saúde foram reduzidos drasticamente, tornando a CPMF uma fonte supletiva, não representando o crescimento no orçamento em 8%, conforme planejava o MS.

Então o orçamento ficou igual. Foi por isso que eu saí. Porque eu tinha exigido que não mexessem no meu orçamento para eu ir buscar uma receita adicional, o que eu tinha representava 22% do orçamento da Seguridade. As disposições transitórias da Constituição estabeleciam que o MS teria 30% do orçamento da Seguridade, então com a CPMF eu trazia mais 8% e chegaria nos 30%. Isso foi frustrado. Então o sistema de saúde não conseguiu primeiro revalorizar os procedimentos porque não houve aumento; segundo, não fazer sobre a malária aquela ação forte que ia ser feita, não erradicar o mosquito da dengue porque naquela época era possível erradicar o mosquito

da dengue, desse dinheiro da CPMF, R\$ 3 a R\$ 4 bilhões eram para erradicar o mosquito da dengue [...]

A questão da substituição de fontes quando da aprovação da CPMF já foi bastante explorada neste trabalho. Apesar do que afirma Jatene e do que é relatado em vários trabalhos, Barjas afirma que no primeiro ano da CPMF, em 1997, entraram para a Saúde R\$ 5 bilhões, o que permitiu a descentralização no SUS. Prossegue, afirmando que “muita gente diz não a CPMF não foi pra saúde. Ela foi pra saúde, se não fosse a CPMF a coisa seria catastrófica porque não tinha recurso, mas a CPMF ajudou. Não totalmente, mas ajudou”. Ele também argumenta que a CPMF teve papel central na descentralização:

Foi com o advento da CPMF, que foi de 97 a 99, que consolida o SUS, articula bem a forma de financiamento, articula a descentralização dos recursos, instala o mecanismo de repasse de recursos fundo a fundo. Então nesse período que vai de 97 a 2000 o SUS estava consolidado com a criação das gestões plenas onde há a transferência de recurso automaticamente. E só pode fazer automaticamente porque tinha recurso. Se não tivesse o advento da CPMF, não poderia ter feito essa transferência. Quando você chega em 2002 o SUS está praticamente consolidado, tem problemas, tem defeitos, mas está consolidado, dois terços dos recursos do Ministério da Saúde já estavam sendo transferidos fundo a fundo. É o piso de atenção básica, é o agente comunitário de saúde, é a gestão simplificada, é a gestão plena, é o dinheiro para combate à dengue, é o dinheiro para farmácia básica, então uma boa parte dos recursos do Ministério não fica no Ministério, eles passaram a ser transferido automaticamente para estados e municípios.

Essa questão da estabilidade no repasse de recursos trazida pela CPMF foi explorada por diversos autores, como Lima (2006) e Machado (2005). No mesmo sentido do que afirma Barjas, Biasoto também considera que a CPMF foi uma fonte importante especialmente por que deu estabilidade no repasse de recursos para o MS:

Então pode falar tudo, troca de fonte, mas primeiro é uma fonte segura para o Ministério e é uma fonte que vinha nos momentos cronogramados (*sic*)

Entretanto, Biasoto afirma também que a melhora na situação financeira do MS ocorreu em função da força política de Serra.

[...] mas no fundo ela em si não melhorou, o que melhorou mesmo foi o fato do Serra como ministro, porque ele teve uma grande capacidade de interlocução dentro do Ministério. Então uma coisa que eu achava ridícula, eu falava com pessoas que eram do FNS, eram pessoas que tinham um complexo de inferioridade em relação aos Ministérios da Fazenda e do

Planejamento: “então precisamos de recursos para isso e tal” e eles: “não vão dar nunca, nem vai pedir porque não vão dar nunca”, “pode esquecer”.

Para Biasoto, a grande mudança trazida pela CPMF foi que os fornecedores e prestadores tinham, pela primeira vez após a institucionalização do SUS, uma garantia de que iriam receber. Conforme seu relato, a situação de descrédito da área da saúde junto a fornecedores e prestadores era grave.

Bom ela tem muitas faces. Tudo bem financeiramente, do ponto de vista da ideia do financiamento estar assegurado, você olha para todos os prestadores de serviços, para os fornecedores, o cara pensava “não, agora tem uma fonte de onde vai tirar, e essa fonte está pingando todo dia no caixa do Ministério, é só repassar para o hospital que ele vai me pagar”. Então tem um efeito aí, de credibilidade, de sustentabilidade, sem dúvida.

[...] já tinha se construído uma noção de que o pagamento agora era em dia, acho que esse é o movimento que realmente é uma ruptura de crença. As pessoas acreditavam que não iam receber.

De fato, a primeira metade dos anos 90 foi um período difícil para o SUS, com a escassez de recursos para implementar a política universal. Conforme já apontamos neste trabalho, a crise gerada em 1993 com a perda dos recursos da Contribuição de Empregados e Empregadores instaurou uma fase de dívidas, calotes e fechamento de hospitais no Brasil. Nesse sentido, a CPMF contribuiu para que houvesse a certeza de recebimento para os fornecedores e prestadores de serviços ao MS, já que representou a estabilidade de repasse.

Quando Barjas foi para o MS, como Secretário Executivo, a CPMF teve importante papel no pagamento das dívidas contraídas junto ao FAT nas gestões anteriores, frutos da crise financeira na saúde. Por isso ele explica que a CPMF acrescentou recursos, mas isso não ficou evidente devido às dívidas que tinham que ser pagas. Ele relata isso como uma frustração, pois ao trocar o Ministério da Educação pela Saúde, onde vinha fazendo um trabalho importante no primeiro, havia a promessa de que a Saúde estava recebendo mais recursos.

[...] Acrescentou, mas foi parcial. Porque é o seguinte. Eu não tenho os dados, mas vou ter dar uma ideia. Quando entrei, devia R\$ 1,2 bilhões do primeiro empréstimo do FAT. No ano seguinte, devia R\$ 1,3 bilhões para o segundo empréstimo do FAT. O primeiro era R\$ 1 bilhão, mais juros e correção, virou R\$ 1,2 bilhões. O outro ficou pro outro ano, era mais tempo, era 1 bilhão e virou 1,3. E devia pros hospitais 1,770 bilhões. Essa era a dívida do SUS. Esse número eu sei de cabeça porque na época me chamou muita atenção. [.....]

Quando a CPMF é aprovada, o que aconteceu? O SUS devia R\$ 4,270 bilhões. Eu falo isso porque eu peguei esse negócio. Então no primeiro ano nós pagamos a dívida de 1,2 bilhão pro FAT. No segundo ano nós pagamos a dívida de 1,3 bilhão. Essa dívida eu parelei em 18 meses porque era pros hospitais. Então, nos primeiros anos, assim não melhorou, mas o dinheiro não foi subtraído, ele foi usado para pagar parcelas da dívida que tinha sido criada. A CPMF foi usada antes. Entendeu? Olha, empresta do FAT que depois vem a CPMF. Empresta do FAT que depois vem a CPMF. E isso aqui eram quatro meses de hospital. O Jatene deu um aumento de 25% na tabela. Eu to pagando, quando vier a CPMF eu quito. Daí a CPMF atrasou, ficou devendo 1,770 bilhão. Eu era o Secretário Executivo. Então no primeiro ano, no primeiro e segundo ano, eu paguei o FAT, no segundo ano eu paguei o FAT e quitei isso aqui em 3 vezes, mas depois de 3 anos esse dinheiro ficou líquido para a CPMF.

Quando você pagava a dívida, no ano seguinte esse dinheiro estava livre e tanto é que em 3 anos a gente conseguiu fazer a descentralização, aquela coisa toda. Então há um equívoco quando falam da substituição. Entendeu? Há um equívoco. Não ajudou a saúde. Ajudou, mas não ajudou no primeiro ano, é que frustrou a expectativa do primeiro ano.

Entretanto, conforme os números citados neste trabalho e relato extraído do livro de FHC, sabemos que houve, sim, uma substituição de fontes no orçamento da Saúde.

Biasoto também reduz a polêmica sobre a substituição de recursos no orçamento da saúde realizada pelo governo quando da aprovação da CPMF ao fato de que havia a percepção, por parte da área econômica, de que gastava-se demais com a saúde.

[...] as pessoas lêem muito isso desse jeito, mas eu falei com gente do Tesouro naquela época, as pessoas falavam: *Olha, o dreno do recurso que ia para a saúde era muito forte para o Tesouro.* Então era muito, o compromisso das outras despesas de custeio e capital, a gente chamava de OCC, com a saúde antes da CPMF era imenso. Então o comprometimento com a saúde era imenso, então a CPMF foi uma válvula de escape para o conjunto do OCC por isso, então na ótica da saúde foi um “passa moleque” e do outro lado, da ótica de quem fazia gestão integral, era uma coisa meio natural porque eles interpretavam que estavam dando recursos acima do que era pertinente dar para a saúde. Então para eles era natural a troca de fonte. Eu acho que tudo isso vem de uma coisa meio “mal ajambrada” do início, não montou, a Constituição disse, a estrutura começou a funcionar, mas as fontes de financiamento de fato não foram equacionadas.

Além disso, ele ressalta que a área econômica tinha metas fiscais e que a troca de fonte deve ser interpretada como histórico que vai além de simplesmente trocar a fonte, que parte da *má entrada no modelo de saúde universal desmontada do ponto de vista institucional* [...] já que o INAMPS era um instituto que pagava saúde para quem era previdenciário. *Aí acharam que isso se transformaria no MS. É óbvio que não.*

Portanto, referente à busca de recursos para a saúde e a criação da CPMF, ficou claro nos relatos apresentados que (i) havia, sim, um problema de financiamento devido à não inserção adequada na CF, já que tratava-se de ponto polêmico e deixou-se a questão para discussões posteriores e lei complementar que, na realidade, não deram conta do problema e (ii) Adib Jatene foi o empreendedor político da CPMF, articulando e tornando a necessidade de sua aprovação um consenso entre os atores envolvidos, mas frustrando sua expectativa com a substituição de fontes realizada pela área econômica, ainda que a gestão posterior, representada na fala de Barjas Negri, relativize essa questão.

Outro ponto que aparece em estudos sobre o SUS é a forma de gestão centralizada do MS, que atrela um percentual dos repasses à adesão dos municípios aos seus programas, ferindo a autonomia dos municípios. Oliveira (2007) é uma das autoras que apontam essa questão, chamando de *descentralização dirigida* o período em que, a partir da implantação do PAB, o MS direciona parte das políticas locais de saúde. Barjas defende essa estratégia, afirmando ser um pouco responsável por ela. Ele defende a transferência fundo a fundo com obrigação e metas, citando o Programa de Saúde da Família, que era composto por 1600 equipes quando ele entrou no Ministério e, quando saiu, havia 16.000 equipes. Sua posição é encontrada em Arretche (2004), que devido a essa indução das políticas locais o MS conseguiu a adesão de mais de 99% dos municípios à gestão parcial ou total do sistema no final da década de 90, reduzindo a incerteza dos governos locais quanto ao recebimento de recursos e saindo de uma situação de centralização da política do início da década. Citando o PAB, Barjas diz que se a ideia é priorizar a atenção básica, transferem-se os recursos fundo a fundo e o dinheiro vai para isso. Para ele, o modelo anterior, que repassava recursos por meio de convênios, era impraticável, já que “*assinava 5 mil convênios, eram 5 mil prestações de contas, 5 mil aditamentos de prazo, 5 mil recursos [...]*”. Prossegue afirmando que hoje provavelmente esse modelo poderia ser revisto, mas na época era o melhor a ser feito e que ainda hoje há estados que recebem recursos fundo a fundo e o próprio Secretário de Saúde não tem acesso ao dinheiro, em muitos municípios os prefeitos têm autonomia no orçamento da Saúde e o Secretário não, tudo isso a despeito da legislação.

Agora, eu considero muito mais um avanço do que um retrocesso. A crítica não sobreviveu. Por quê? O combate às endemias foi relativamente boa, os municípios acabaram contratando, o PAB, o remédio básico, todo mundo se articulou e noventa, cem, cento e vinte remédios básicos não faltam, estruturou a vigilância sanitária, é um pequeno valor, mas todo município acabou montando a sua vigilância sanitária. Hoje você pode pensar em agrupar, mas porque está consolidado. Hoje os municípios têm trinta mil

equipes de saúde da família e não vai fechar, você pode fazer outro arranjo. Mas da crítica eu me lembro à época, mas acabou consolidando o SUS e implementando a descentralização e sem a descentralização o SUS evidentemente não teria sobrevivido facilmente.

Biasoto também não vê como um problema de autonomia o fato do MS adotar políticas nacionais e condicionar o repasse à adesão por parte dos municípios. Para ele, se os mais de cinco mil municípios brasileiros conseguissem realizar a política de saúde no nível local de forma a atender às necessidades da população, o MS poderia prescindir dos programas. Entretanto, para ele, isso não ocorre, já que há pouco mais de duzentos municípios que têm uma estrutura boa de saúde.

[...] então você abdicar do que daria uma política nacional, que daria uma certa homogeneidade, então o Ministério abdicar disso eu acho complicado pela heterogeneidade brasileira. Não vai dar diretrizes de política? Então tudo bem, em alguns momentos isso significa rigidez orçamentária, é verdade, mas nada que uma boa negociação não possa produzir.

[...] então o ministério tem um espaço, essa disputa por esse tipo de espaço é que está em questão. E de fato, os próprios municípios depois foram entendendo que eles não resolvem tudo na sua região. Especialmente porque na hora que tiver que fazer exame, por exemplo, o pólo regional é que tem que fazer. Então se você distribui tudo para os municípios vai dar em porcária, vai ter recurso per capita para exames em município que não tem como fazer e nem seria econômico. Então eles foram entendendo um pouco que havia sim algumas condições que o ministério ia organizar.

Em relação a esse ponto, cabe considerar que a justificativa da diversidade dos municípios no Brasil para centralização das políticas no MS não se sustenta, conforme conclusões do estudo de Oliveira (2007) essa estratégia não fez com que as desigualdades regionais nos municípios paulistas, objetos de seu estudo, diminuíssem. Por outro lado, temos que reconhecer a importância de políticas como a do PSF, que conquistou ampla cobertura nacional e trouxe ganhos do ponto de vista da assistência primária e preventiva da população. Assim, na fase atual, provavelmente pudesse ser revista essa forma de financiamento da política de saúde. Ademais, chama a atenção o dado encontrado na tese de Baptista (2003) de que, enquanto em 1990 foram editadas 58 portarias, no ano de 2002, sob gestão de Barjas, foram editadas 1331 (versando sobre temas variados da política de saúde, não apenas sobre financiamento).

Dentro da discussão sobre o financiamento da saúde, levantamos o questionamento sobre os motivos que levaram a Saúde a não conseguir vincular recursos na Constituição, mesmo com toda a força do Movimento Sanitário e as recomendações da

Comissão Nacional de Reforma Sanitária nesse sentido. Nesse aspecto, comparamos com a Educação, que seria bem menos articulada, mas conseguiu a vinculação, a despeito de não ter conseguido se constituir em um sistema tal qual o SUS. Jatene e Barjas apontam que a Educação já tinha uma tradição de vinculação anterior à CF, o que certamente colaborou para que conseguisse a vinculação constitucional. Barjas também aponta que a saúde não conseguiu vincular recursos porque havia uma pressão enorme da equipe econômica do governo federal e dos estados contra a vinculação, ressaltando que “[...] *muito provavelmente foi a força dos governadores com a Fazenda que evitaram fazer a vinculação. Porque se dependesse deles nem a educação seria vinculada*”. Nesse sentido, fica claro o poder da área econômica em influenciar os ditames constitucionais, evitando um maior engessamento do orçamento da União. Além disso, no caso da educação, de fato, a primeira vinculação constitucional de recursos ocorre na Constituição de 1934 e perdura até hoje, com duas pequenas interrupções ao longo de todo esse período. Nesse sentido, chama a atenção o fato da educação, uma área com histórico de vinculação, não ter conseguido constituir um sistema, uma estrutura, enquanto que a saúde obteve esse êxito mesmo quando não havia vinculação.

Biasoto também relata que as disputas por recursos no interior da Seguridade Social contrariou as expectativas de que a área se comportasse como um bloco.

Na verdade eu estava no governo em 91, trabalhei com o Kandir, secretário de Política Econômica então eu vi alguns movimentos de regulamentação na Constituição. Eu participei da Lei Orgânica, da discussão da Lei Orgânica da Assistência Social, ali eu vi perfeitamente. Eles entediam que a Seguridade ia se comportar como um bloco e as brigas internas eram imensas. E nessas brigas, como eles não conseguiram fechar na Previdência a assistência à saúde em bloco, depois cada um se comportou muito autonomamente. Então esse orçamento da seguridade não valeu muito, então a estratégia era ter o FNS, mas o fundo era uma unidade orçamentária discutida com o orçamento geral.

Ele aponta que o principal problema foi a falta de sintonia entre o que foi versado na Constituição e o que foi operado pelo Executivo, de onde derivaram questões que *acabaram sendo muito dramáticas no financiamento*. Nesse sentido, aponta que a falta de vinculação deve ser lida também no ponto de vista do prestador de serviços, que especialmente na década de 90, não tinha garantia de pagamento.

Na hora que você não tem vinculação, não tem garantia de pagamento do hospital, Olha tem vinculação, o cara sabe que o governo vai ter que gastar x% com saúde, ele tem uma receita previsível, o cara do hospital tem uma

certa noção de segurança. Uma coisa super importante também, foi que o ministério um pouco antes do Serra, em 1996, 1997, o Barjas fez muito isso, o Ministério começou a dar segurança de repasse que não existia antes. E o cara que entrava numa licitação para fornecer a um preço 50% maior porque não sabia se ia receber, o cara começou a compensar com um preço mais crível porque ele começou a perceber um horizonte de pagamento melhor. Então com a vinculação, não só a vinculação, mas a estratégia de cronograma financeiro, eles foram conseguindo melhorar essa ótica. Isso melhora a gestão, e melhora os fornecedores porque você tem fornecedores melhores e mais baratos, então você consegue melhorar o conjunto do sistema, mas isso veio por causa de contexto histórico, que era de uma desagregação muito forte.

Discutidos os aspectos mais gerais referentes ao financiamento do SUS nos anos 90, questionamos sobre a não prorrogação da CPMF. Jatene argumenta que havia muitos interesses em jogo, especialmente das classes produtoras e que houve um marketing negativo intenso em todo o país, especialmente por parte da imprensa. A CPMF, segundo ele, é o único tributo que não é declaratório e que não há nenhum gasto por parte do governo para arrecadar, já que ele destaca o percentual diretamente de cada movimentação financeira e, além de não ter dificuldades para arrecadar, ainda identifica os sonegadores de impostos.

Acontece que quando foi feita a CPMF, eu fui falar com o Lula e com Zé Dirceu, Zé Dirceu era presidente do partido e Lula o presidente de honra. Eu fui três vezes falar com eles e não consegui convencê-los, o PT fechou questão contra. O único que votou a favor foi o Eduardo Jorge e foi suspenso por um ano e acabou saindo do PT. O PT virou governo, então o PT governo não quer abrir mão dos recursos que estão sendo colocados. E o presidente Lula, quando da época da aprovação era contra, fechou questão, era simplesmente contra, ele viu que aquele tributo era importante e ele chegou à conclusão de que toda a arrecadação daquele tributo devia ser colocada na área da saúde, mas aí os que se opunham se organizaram e começaram uma campanha de mídia tão pesada que as pessoas que nunca contribuíram com a CPMF porque não tinham conta bancária ficaram contra. Então nesta oportunidade eu fui chamado para ajudar, teve uma cerimônia no Palácio do Planalto e eles me pediram que eu falasse e eu falei, defendi a CPMF, mas ainda assim o congresso foi contra. Por quê? Por que tinha uma grande campanha nacional contra na mídia, os formadores de opinião, os comentaristas, os que escreviam artigos, todo mundo contra. Então o congresso ficou coagido.

Assim, ainda que a não prorrogação da CPMF não tenha sido vastamente explorada neste trabalho, ficou claro que havia uma rejeição a essa contribuição que tomou conta da mídia em geral, e que se repetiu frente ao movimento governista de tentar fazer com que ela ressurgisse como Contribuição Social para a Saúde, já no bojo da aprovação da regulamentação da EC 29, que será tratada a seguir.

Da primeira parte de discussão da literatura com os relatos de alguns atores políticos do MS nos anos 90 e início de 2000, constatamos a convergência de opiniões sobre a maioria dos pontos.

5.2 A Emenda 29, o processo político de sua aprovação e as conseqüências para o financiamento do SUS

Conforme apontado neste estudo, as discussões sobre a necessidade de vincular recursos dos entes federados para a saúde surgiram no bojo da crise de financiamento do setor, ainda em 1993. Sabemos que o tema não fora esgotado e suficientemente contemplado pelo texto constitucional, pois naquele momento acreditava-se que a ideia do OSS fosse refletir no fortalecimento da área social e não na disputa por recursos que ocorreu logo após sua institucionalização. Assim, no período de 1993 a 2000 tivemos as discussões acerca da emenda à Constituição que garantisse um percentual mínimo de aplicação de cada um dos entes na área de saúde, que culminou na aprovação da EC 29 em 2000.

Para Biasoto, o caminho de aprovação da EC 29 teve duas fases. A primeira fase ocorreu no início da gestão do Serra no MS, quando ele trouxe um pessoal que avaliou a emenda que tramitava, especialmente as propostas do Eduardo Jorge, e a articulação da bancada da saúde ganhou peso com a entrada do novo ministro, que era forte politicamente junto ao governo. Já na segunda fase houve uma mudança no foco da emenda, pois não seria aprovada se insistisse na vinculação dos percentuais de impostos do governo federal.

[...] acabou sendo um bloco para conduzir o processo, mas aí se mudou um pouco o foco da emenda de antes [...] então era difícil negociar com a área econômica isso. Então ele ficou no meio do caminho no trânsito da relação entre os blocos. Então ele estava no Congresso e na área econômica do governo, então foi por isso que ele conseguiu organizar.

O processo de aprovação foi marcado por tensões e negociação entre os políticos, conforme demonstrado na fala de Biasoto:

Agora, teve momentos de golpe. Porque teve uma vez que o Serra viajou para o exterior, deixou um negócio acertado e eu e Manuelito estávamos no Senado, e quando a gente viu o texto da emenda que estava negociado para ir para Plenário, a gente chegou no líder e disse: “para tudo que o Serra não concorda com isso”, por que a vinculação estava só no estado e município, tinham no palácio, numa reunião, retirado do texto a vinculação federal. São

loucos, né? Imagine se algum deputado militante pega isso, diria “foi golpe do Serra, porque quer vincular os outros e não o federal”. Então estava indo pra votação, dentro do Plenário a gente ligou para o Serra, conseguimos falar para ele detonar a aprovação e foi um caos.

Ele afirma também que Eduardo Jorge articulava com o PT, partido que era pouco afetado pela EC 29, já que não tinha nenhum estado e poucos municípios, o que fazia com que a reação interna à vinculação não fosse tão forte.

Barjas também relata como foi o processo que resultou na aprovação da EC 29, ressaltando o papel político de Serra.

O que é a Emenda? O Serra era um congressista, o que ele fez? Ele fez um trabalho de emendas aglutinativas, não é uma emenda do José Serra. Ele cortou caminho, porque ela já tinha sido aprovada na Comissão de Justiça, na comissão de não sei aonde, e o que ele precisava? Pela experiência dele, ele falou tá bom, eu ganho dois anos, vou fazer um negócio, pegar um relator legal e ele na verdade fez a emenda que era de interesse do Ministério da Saúde naquele momento capitaneada pelo José Serra. Então o período de aprovação foi curto. Mais curto do que você possa imaginar, mas muito difícil do ponto de vista político porque as resistências da Fazenda eram grandes por questão de princípio, não é que era contra a saúde, era contra a vinculação. A resistência dos governadores não era contra a saúde, era contra a vinculação. E a articulação do Serra, da bancada da saúde e de outros ajudou na aprovação. Vou contar uma coisa que pouca gente sabe. A bancada do PT não queria aprovar. Porque isso ia ajudar o governo e coisa parecida. Eu assisti o diálogo, José Serra ligou pessoalmente para o Lula, que era presidente do PT. Ele disse: *Lula, sua bancada está rebelde. Essa emenda é uma emenda do Eduardo Jorge do seu partido, eu apenas fiz aquela coisa, acertei, tal, não tem sentido ter resistência. Eu já estou enfrentando a Fazenda e ainda vou enfrentar a bancada do PT? Conversa que isso aqui é para os trabalhadores, não é pra mim. Isso foi em uma noite, sete, oito horas da noite. Depois, por alguma razão, a bancada do PT acabou aprovando. Esse diálogo eu presenciei. Uma conversa do Serra com o Lula, por telefone.*

[...] Mas a emenda constitucional deve-se ao Serra. Pelo que ele conhecia do Congresso, por ter enfrentado o Fernando Henrique, ter enfrentado o Malan, ter enfrentado todo mundo, os governadores, e foi aprovado e bem aprovado.

Assim, o papel político de Serra na aprovação da emenda aparece nos relatos de dois de seus “homens fortes” à frente do MS, corroborando para o que já havia aparecido na literatura estudada. É interessante notar que a emenda ficou em discussão desde 1993, sendo apresentados substitutivos, novas propostas, alternando com fases de paralisação nas discussões, e após pouco mais de dois anos da gestão Serra, foi definitivamente aprovada, ainda que diferente do texto original, especialmente quanto a vinculação federal.

Uma das questões referentes à Emenda é que ela garante o gasto mínimo, mas não cria uma fonte de recursos. Jatene considera que a responsabilidade pela criação da fonte de receitas é a área econômica, só que esta é estreitamente ligada à área financeira privada, o que faz com que aqueles atores não entrem em conflito com o setor privado, já que serão acolhidos por ele ao deixarem o governo. Entretanto, como já discutimos neste trabalho, para além de interesses privados, a área econômica posiciona-se contra a vinculação de fontes devido às dificuldades que acarretam no manejo do orçamento. Jatene também argumenta que *“a saúde não quer saber de onde vem o dinheiro, isso aí é problema da área econômica do governo. Indagado sobre os conflitos com a área econômica, prefere não dar detalhes, mas diz que “a área econômica está muito comprometida com a área econômica, com o desenvolvimento econômico, com o desenvolvimento financeiro”*.

No mesmo sentido do que aponta Jatene, Barjas considera que eliminar a preocupação com a busca de fontes foi uma estratégia importante da EC 29.

É desnecessário saber a fonte. A fonte passa a ser problema da Fazenda, não precisa o ministro da Saúde ir lá negociar “eu quero a CPMF, eu quero o COFINS, eu quero não sei o que, não, eu quero a variação do PIB”. No ano passado a economia cresceu 7,7 real, mais a inflação, deve ter crescido 13, 14%. O que aconteceu com o orçamento do Ministério da Saúde? Cresceu 13, 14%. A fonte não é problema do Ministério. É problema da Fazenda. Então pouca gente entende isso, entendeu? Nós tiramos o problema, esquece a CPMF, não é o ministro da saúde que tem que ir lá no Congresso convencer a aprovação da CPMF, pra ter a contribuição social para a saúde, isso não é problema do Ministro da Saúde, é problema do governo e o Serra teve habilidade e acabou aprovando dessa forma

Barjas acredita que a não vinculação de percentual da arrecadação de impostos por parte da União, conforme a proposta original da Emenda, foi uma estratégia inteligente.

A emenda do Eduardo Jorge falava que os estados e municípios tinham que aplicar 10%, estados, municípios e união. Dos impostos. Eu fiz esse cálculo. Tanto é que eu ajudei na redação da emenda, na discussão, em várias coisas. Eu peguei esse balanço que tem junto à Fazenda e o que nós descobrimos? Que os municípios já gastavam mais de 10. E nós descobrimos que os estados gastavam em torno de 7 ou 8. E que era inócuo colocar 10% dos impostos pra união. Quem fez a emenda não tem a informação suficiente da questão orçamentária porque a União carregou a sua receita nas contribuições sociais. CPMF, PIS, COFINS, PASEP, então uma boa parte da receita da União não iria pra saúde. [...]

Pensa assim, a crise de 2009 o que o Lula fez? Vamos reduzir o IPI do automóvel e da linha branca. Ele tirou verba da saúde, porque ao fazer isso ele tirou receita de IPI dos estados e municípios que tinham obrigação de aplicar isso na educação e na saúde. Toda vez que vai reduzir imposto, reduz

imposto de renda e reduz IPI. E sufoca o Fundo de Participação dos Municípios e o Fundo de Participação dos Estados. 23,5% do IPI e do Imposto de Renda vão para os municípios e 21,5% vai para os estados. O financiamento da crise foi bancado metade pelos estados e municípios. Entendeu? Ele não reduziu o PIS, não reduziu o COFINS, não reduziu nada, ele reduziu imposto que era de estados e municípios. Ele reduziu o meu gasto em saúde, o gasto do estado em saúde.

[...] Então nós percebemos isso e o que nós fizemos, nós dissemos os municípios já estão gastando 12, 13, 14%. Então com a emenda do Eduardo Jorge não ia acontecer nada com os municípios. E ia crescer muito pouco com os estados, foi aí que a gente falou: “não, vamos fazer assim: todos começam com 7, é escalonado, vai de 7 a 15, deu cinco anos para os municípios chegarem a 15 e deu cinco anos para os estados chegarem a 12, que era pra eles ajudarem no co-financiamento”. E como era muito difícil fazer, bom vai vincular imposto, reduz IPI, o que nós fizemos? Na verdade teve uma experiência na Espanha. A gente pegou o orçamento do Ministério e vinculou ao PIB nominal. O que significa isso? É proibido o governo federal reduzir os recursos da saúde. No fundo ao fazer isso foi escolhido, esquece a CPMF, se vai reduzir o IPI, se vai reduzir COFINS, se vai extinguir a CPMF, não importa, vincula o orçamento do Ministério da Saúde à variação do PIB nominal. Tem crise? Tá garantida a inflação. Não tem crise? É a inflação mais o aumento real da economia. Foi isso que a gente acabou fazendo, o Serra propondo, negociou no Congresso contra todo mundo viu, Fazenda, governadores, prefeito de cidade grande...

Portanto, ficou claro na posição dos entrevistados que ao vincular percentuais de aplicação em saúde para os governos subnacionais e vincular a aplicação da União ao crescimento do PIB, eliminava-se a preocupação da área de saúde em negociar recursos e fontes com a área econômica do governo, poupando um desgaste que atinge o próprio governo, como no episódio da saída de Jatene do governo FHC, e também garantindo que não haveria diminuição de recursos para a área.

Também sobre a não vinculação de fontes, especialmente sobre o abandono à lógica da Seguridade Social, que aparece na literatura, Biasoto acredita que a expectativa de uma reforma tributária refletiu na escolha de não vincular o financiamento aos percentuais do OSS:

O problema na época foi o seguinte, o Serra tinha a informação, e acreditava nisso, de que ia para a rua uma nova proposta de reforma tributária muito abrangente. Então ele falou: “a gente vai votar o negócio que vai fechar no orçamento da seguridade, aí a ideia era acabar com as contribuições, aí perde a base?” Para ele seria um risco, aí que veio essa história de fazer uma vinculação com o PIB.

[...] Então imagina só, você vota, aí logo depois vem uma proposta de reforma do governo rompendo com as contribuições? E aí lógico que como

tinha a ideia dos cinco anos, a ideia de toda reforma teria um bom tempo de implantação e a partir dos cinco anos você poderia refazer.

Barjas aponta que com a Emenda a conta do SUS ficou maior para os municípios, que aplicam acima dos 15% e são onerados pelos programas criados pelo MS, pois quando são criados programas como Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), PSF, apenas 30% dos recursos são repassados pelo MS, e os 70% restantes saem da conta do município.

O ônus sempre é partilhado de forma maior para o município. Por isso é que se não houver um novo esquema de financiamento, não houver um aporte de recursos junto ao governo federal para repassar aos parceiros co-gestores, daqui a alguns anos haverá um enorme problema no financiamento da saúde.

Já Biasoto considera que a vinculação de percentuais a serem aplicados em saúde pelos entes federados acaba favorecendo e recuperando a ideia da competência concorrente.

Na verdade, a Constituição ficou com essa ideia de competência concorrente, em alguns casos ela é mais bem organizada, em outros casos não. Então a tese era: o governo federal vai pegar dinheiro e colocar no município que está ruim em saúde. Então o que o município faz na hora? Ele pega e reduz o dele. Então um gasta mais dinheiro e todo mundo diz que vai melhorar, o município puxa o recurso dele pra baixo e não melhora nada, mal gasta o federal. A mesma coisa com o estado. Então a ideia era ter o compromisso com todo mundo de manter gasto, cada um tem que ter compromisso em gastar. Por outro lado você pega uma região, digamos que um município gaste muito em saúde, ele vai constituir rede, ele vai ter rede mais qualificada, o que vai acontecer com os outros? Os outros municípios vão acabar indo pros outros municípios, seja na ambulância que a própria prefeitura vai dar, seja em condução própria. Então você onera um e desonera os outros, o gasto fica baixo no conjunto porque o outro não vai gastar, você precisa que ele tenha obrigação de gastar para evitar essa migração do paciente. Então a ideia era essa.

Biasoto também considera que a posição dos estados sempre foi a mais acomodada em relação aos investimentos em saúde, o que também demonstra a intenção, na EC 29, de ampliar a participação deles no financiamento da saúde.

[...] então a questão do estado é delicada, por que o estado se acomodou por que a capital acaba gastando muito em saúde [...] na verdade, o objetivo é fazer o estado construir a rede estadual que faça compensação regional. O que é interessante é que o estado monte os hospitais regionais e isso faça com que você tenha um dique para que o cara não venha direto para a capital. Na capital ele não sabe se vai ser atendido pelo municipal, estadual ou federal, ele vai ser atendido. Então se o estado conseguir organizar uma

rede regionalizada, você vai produzir esse processo. Então a ideia era essa, era fazer o estado se comprometer. E mais importante do que isso, na verdade, se for um gasto muito baixo ele acaba não conseguindo nem ser o organizador do sistema. E organizar o sistema é crucial por causa da escala entre municípios diferentes. Então o objetivo era esse, era fazer mesmo aquele gasto só os 12% e nada mais, mas pelo menos que com esses 12% ele seja o organizador. Isso já melhora para cada município de maneira absurda e para a capital mais ainda.

Questionado sobre a estratégia de utilizar recursos da saúde para ações e serviços que não se caracterizam como ações de saúde, estratégia utilizada largamente por estados e municípios para cumprir o mínimo constitucional conforme discutido neste trabalho, Barjas discorda que esse problema seja tão impactante no orçamento da saúde, contrariando os argumentos da literatura, bem como pareceres e decisões dos Tribunais de Contas:

A maioria dos municípios aplica corretamente o recurso. Um ou outro município comete algumas imprudências, tem que ser fiscalizado, o Ministério acompanha um pouco, os Tribunais de Contas, mas a maioria aplica bem. O que acontece é que geralmente o prefeito aplica em saneamento, mas eu falo pelos... eu conheço os prefeitos aqui da minha região. Todos reclamam da falta de dinheiro, todos aplicam muito mais do que os 15% e todos aplicam bem. Porque é o seguinte, não há um desvio. Se ele aplica 20%, ele aplicou 5% a mais. Pode fazer as contas. Pode glosar 5%, e assim mesmo nós aplicamos 15%. Então é que a técnica orçamentária é que não está adaptada às vezes para fazer esse tipo de correção. Isso pode acontecer nos estados. Nos estados, sim. O cara põe programa de leite, programa de saneamento, o que não é errado. Se você pegar dinheiro público para colocar em saneamento, imposto, para colocar saneamento em favela, isso é gasto com saúde. Entendeu? Porque você estará contribuindo para a redução da mortalidade infantil.

Essa posição de Barjas, que reflete o seu status atual como prefeito, contraria não só o que tem sido discutido sobre ações e serviços públicos de saúde, como também a resolução do CNS e a portaria publicada por ele enquanto ministro da Saúde em 2002. De qualquer forma, tal assunto foi amplamente debatido na regulamentação da EC 29.

Barjas também compara a aprovação da Emenda 29 e a da CPMF.

Uma coisa é a intenção do Eduardo Jorge e do Dú Mosconi de fazer uma emenda. Para você aprovar uma emenda constitucional tem que ter apoio do governo. Então as emendas do financiamento da saúde ficaram hibernando no Congresso Nacional, por que elas vinculavam, ou propunham vincular, 10% dos impostos para a saúde. Era genérico. E ficou lá e o Eduardo Jorge era um deputado do PT. Ele tinha o apoio da bancada da saúde, mas não tinha apoio do governo central, nem da equipe econômica e assim por diante.

O Adib Jatene. Personalidade forte, carismático, reconhecido internacionalmente, colocou a CPMF na agenda. O seu prestígio perante o Fernando Henrique, o Malan, Antonio Carlos Magalhães, Sarney, todo aquele pessoal, permitiu que ele articulasse a aprovação da CPMF. Portanto, ele tinha uma agenda positiva para a criação da CPMF para tirar a agenda negativa da saúde. Entendeu? A liderança dele foi extremamente importante. O que aconteceu com a Emenda 29? Foi a liderança do José Serra. O José Serra tirou ela do papel. Bom ministro, forte, com pretensões políticas amplas, com credibilidade e articulação no Congresso botou a emenda na agenda. No período de um ano, o Serra aprovou. Tá certo? Percebe que ele teve o mesmo papel que teve o Jatene, antes ela estava protocolada no Congresso Nacional, mas não estava na agenda nacional e o Serra colocou a Emenda Constitucional 29 na agenda nacional.

A personalidade do Serra, a articulação que ele fez com a bancada da saúde, a negociação que ele fez com alguns governadores, a aliança que foi feita com prefeitos das capitais, os prefeitos das capitais eram contra.

Sobre esse mesmo assunto, Biasoto considera que o papel dos governadores foi essencial, já que *“com a CPMF o governador não tem problema, mas na emenda os governadores botavam as suas bancadas para discutir”*. Além disso, ele aponta para o fato de que muitos municípios já gastavam mais do que os recursos que foram vinculados, já os estados historicamente eram os que menos aplicavam em saúde, sendo que até hoje alguns deles não regularizaram essa situação, conforme consta dos dados disponíveis no SIOPS. Outro fator apontado por ele é que a área econômica acreditava que estava dando dinheiro demais para a saúde e, portanto, era necessário fazer um corte orçamentário, de modo que a aprovação da CPMF foi vista como uma forma de reduzir os gastos dos recursos do Tesouro com a saúde.

Jatene relata a experiência que teve com Serra quando buscava apoio para a CPMF, comparando à postura adotada pelo mesmo quando assumiu o MS.

Eu quando fui mexer com a CPMF fui falar com o Serra que era ministro do Planejamento, ele disse: *Jatene eu não posso te ajudar porque eu sou contra qualquer tipo de vinculação. Na Constituinte eu comandava o grupo que era contra a vinculação. Eu queria tirar a vinculação até da Educação. Eu não posso te ajudar, mas não vou te atrapalhar.* E não me atrapalhou. Quando ele foi indicado para ministro, eu disse: *eu quero ver, se ele tiver o mínimo de honestidade intelectual a primeira coisa que ele vai pedir é vinculação de recurso.* Não deu outra, ele foi atrás da vinculação. Eu te disse que o Lula era contra, fechou questão contra a CPMF. Quando ele estava no governo, ele defendeu com unhas e dentes. Por que? Por que ele mudou de lado?

Sobre a mudança de postura de Serra quanto à vinculação de recursos, Biasoto afirma que o próprio Serra dizia que era contra a vinculação, mas quando começou a fatiar o orçamento e diante de um descrédito tão grande na capacidade de pagamento da saúde, o melhor a fazer seria vincular, que também possibilitaria conseguir preços menores. Além disso, foram adotadas outras estratégias.

[...] teve uma série de ações em conjunto, então a gente criou o SIOPS vinculado à minha Secretaria, teve a criação do banco de preços, todo mundo informava os preços, então uma série de ações em torno da melhoria de gestão financeira e de gestão administrativa.

Barjas também argumenta que a postura contrária à vinculação é comum à área econômica, não havendo, portanto, nenhum problema na mudança da visão de Serra sobre isso.

O Serra sempre foi contra a vinculação. Como é o Malan, como é o Mantega, como é o Bernardo, todos são contra a vinculação e o Serra acabou cedendo por que não tinha alternativa. Ele reconheceu que não tinha um colchão de proteção para a saúde. Por isso que ele acabou cedendo.

Barjas aponta que a vinculação engessa o orçamento, por isso é tão temida pelos economistas e por esse motivo existe a DRU.

[...] assim, o PIS só pode pra não sei o que, o COFINS só pode pra não sei o que, eles são criados para uma certa função. A CIDE é Contribuição de Intervenção do Domínio Econômico, só pode para obra de infra-estrutura urbana, estradas, pontes, então quando você vai fechar o orçamento, não fecha. Então a Fazenda pega 20% disso para fechar a conta do Exército, da Cultura, de não sei o que, do FAT, entendeu? Se você for fazer o orçamento só com o 1% da cultura, 18% para educação, a CIDE só pode pra não sei o que, o COFINS só pode pra não sei o que, o PIS só pode pra não sei o que... não fecha o orçamento, entendeu? A dívida pública brasileira é muito grande. Você vê pagou no último ano R\$ 220 bilhões de juros. Isso tem que sair de algum lugar. Como você paga os juros, você tem que tirar um pouco da CIDE, um pouco não sei da onde pra poder pagar os juros. [...] Na época a dívida pública era muito elevada. Hoje também deve ser tão elevada. Eu não tenho informação para dizer se o Mantega está certo ou está incorreto. O fato é que ele é contraditório. Ele era assessor do PT na época e falava assim: “*não vamos aprovar a DRU do Fernando Henrique.*”

No sentido do que apontaram os entrevistados, sobre a mudança de posicionamento de Serra quanto à vinculação, Machado (2005) já havia apontado que isso é

um reflexo não da incoerência, mas do quanto a inserção de uma mesma pessoa em diferentes cargos, posições e áreas das políticas públicas pode levar a mudanças de perspectivas e de posturas. O próprio Serra manifestou-se a respeito disso no artigo “Saúde: a vinculação necessária” (2000), argumentando que o fato do ministro da Saúde cair em contradição não deveria fazer com que o Congresso e a população rejeitassem a vinculação. Além disso, defende que, na Constituinte, entendia que as prioridades deveriam ser debatidas e revistas periodicamente, inclusive no âmbito do Legislativo e que para isso foram criadas, por emendas de sua autoria, a LDO e o Plano Plurianual (PPA). Assume que a tese da não vinculação foi superada, já que diversas vinculações foram colocadas na CF e que a saúde, por receber um dos maiores percentuais de repasses do orçamento federal, estaria vulnerável aos cortes. Além disso, Serra alega que a vinculação seria a única forma de garantir que Estados e Municípios mantenham ou ampliem seus gastos em saúde.

Sobre o polêmico IPTU progressivo instituído na EC 29 e objeto de discussões na Câmara à época da aprovação, Barjas relata que o artigo que concede aos municípios o direito de criar o IPTU progressivo também foi fruto de negociação para obter apoio político para a aprovação da Emenda: *[..] isso não saiu de graça, foi uma proposta do pessoal de Belo Horizonte pra mim para apoiar a emenda 29*. E prossegue relatando que eles tinham um problema de IPTU que precisava ser resolvido, *[...] então o pessoal da Fazenda de Belo Horizonte escreveu isso, a gente acabou engatando e acabou aprovando. Entendeu? Pouca gente sabe disso*.

Outro aspecto que vale a pena ser explorado é a razão da demora na aprovação da regulamentação da EC 29, que estava prevista para ocorrer cinco anos após sua aprovação, mas acabou demorando mais de dez anos. Tanto Barjas quanto Biasoto adotam posições evidentemente políticas, o que não é de se estranhar, já que ambos foram vinculados ao governo FHC e ao PSDB. Para Barjas, foi o descompromisso do governo Lula com a saúde que causou essa demora. Ele também cita que o dispositivo constante no artigo 77, de que se não fosse feita lei complementar, a partir de 2005 continuariam valendo os percentuais da Emenda, demonstrando que esse dispositivo foi feito por Serra, que teria dito *“eu conheço como funciona esse negócio aqui. Ponha: se não vai regulamentar, tá todo mundo obrigado a gastar os 15% e a variação do PIB”*.

Ele prossegue argumentando que a receita do governo federal cresceu mais do que a variação do PIB, portanto o peso relativo do MS caiu no orçamento, ou seja, *os ganhos da receita não foram transmitidos pra saúde. O governo do Lula se limitou a cumprir apenas a emenda 29 e que já tava de bom tamanho [...]*. Entretanto, os dados disponíveis no SIOPS

referentes ao período de 2000 a 2006 mostram que em 2002 os gastos federais com saúde representavam 1,67% do PIB, caindo para 1,60% em 2003, que foi o primeiro ano do governo Lula, mas nos anos seguintes recupera-se, chegando a 1,75% em 2006. É preciso ressaltar que esses números divergem daqueles disponibilizados pelo IBGE⁴⁶, que apontam os percentuais de 1,68%, 1,58% e 1,68% para os anos de 2002, 2003 e 2006, respectivamente.

Biasoto atribui a demora na regulamentação ao veto de estados e alguns municípios, mas também ressalta que a falta de vontade política do governo:

[...] quando eles vetam, mas o governo federal resolve fazer, aí acontece. Porque eles acabam se acomodando. Mas passou muito tempo e não resolveu [...] acabei ficando um mês no congresso agora em 2008, quando acabou a CPMF era pra sair a regulamentação da emenda, aí o governo queria por que trazia a CPMF junto. E o governo botou peso e tudo. Só não saiu por uma bobagem, especialmente do Artur Virgílio. Quando o governo federal quer operar, ele bota. Agora, se você olha o MS da saúde no governo do PT, ele sempre foi fraco. O Humberto Costa era um ministro que tinha um Ministério totalmente loteado, cada secretaria era de uma facção do PT. Depois veio o Agenor, que foi um ministro interino que durou mais de um ano, depois o Temporão que não era um ministro da casa, era do PMDB. Então nunca foi prioridade saúde para o governo Lula, estranhamente.

Essas posições devem ser relativizadas, como já apontamos, pelo fato de ambos, Barjas e Biasoto, terem atuado no governo FHC e adotarem posturas e julgamentos políticos favoráveis a este governo. Entretanto, conforme demonstramos, os números divulgados pelo IPEA de fato mostram a queda na participação percentual do MS no gasto social federal total durante os últimos quinze anos. Além disso, segundo Marques e Mendes (2010) a regulamentação da EC 29 não foi prioridade do governo Lula, que deu continuidade à política macroeconômica do governo FHC, priorizando superávits primários e metas de inflação em detrimento de um investimento maior na política de saúde. Além disso, conforme ressaltam os autores, a proposta de reforma tributária formulada por Lula em 2008 atingiria em cheio as políticas financiadas pelas contribuições.

Após a entrada em vigor da EC 29, houve o conflito entre Fazenda e Saúde na questão da base fixa *versus* base móvel, já discutida neste trabalho. Sobre o assunto, Barjas relata brevemente como foi o embate, mas adota postura crítica ao governo Lula:

⁴⁶ Fonte: IPEA/DISOC – estimativas a partir dos dados do SIAFI/SIDOR e das Contas Nacionais do IBGE, apud Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA) Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações, 2009. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=MS44&sv=47&t=gasto-federal-com-saude-como-proporcao-do-pib-referencia-2000>

A interpretação da Fazenda foi uma coisa, porque você pegava o orçamento de 99 e aplicava 5%, isso dava 2000. Aí você pegava 2001 pela variação nominal do PIB. Eles mudaram a base e a saúde perdeu muito dinheiro [...] Ela foi aprovada, o primeiro ano foi 2001, eu acho. A emenda foi em 2000, 2001 foi que ela passou a vigorar, portanto Fernando Henrique teve só dois anos, o Lula teve mais e o próprio Lula e a equipe econômica do Lula fez igual à equipe econômica do Fernando Henrique, não teve diferença nenhuma. [...] e o Serra entrou contra a Fazenda na Advocacia Geral da União, na Procuradoria Geral da Fazenda Nacional, e três ou quatro anos depois ganhou e daí o Lula foi obrigado a corrigir o orçamento.

Para Biasoto, esse conflito se resume a uma questão: que a leitura que achata o valor seria mais interessante para o governo, por isso ele assumiu a leitura da AGU. Nesse sentido, podemos concluir que, de fato, a postura da área econômica sempre é a mesma, independente do partido no poder. Se isso não fosse verdadeiro, conflitos como o da base para aplicação do percentual do PIB ou sobre a caracterização de ações e serviços públicos de saúde, bem como disputas quanto à desvinculação de recursos da área social, não seriam repetidos no governo Lula. Entretanto, como vimos neste estudo, esses conflitos ocorreram.

Os conflitos entre as áreas foi abordado nas entrevistas com os entrevistados, porém não houve maiores detalhes ou algo que já não tivesse aparecido na literatura. Nesse sentido, desapontou nossa expectativa de pesquisa, já que era ponto central. Barjas afirma que a tensão entre essas áreas sempre será forte, *independentemente dos atores* e em qualquer outra área. E prossegue:

E se não tiver tensão, o ministro da Fazenda que não cuida da receita e da despesa tem problema. Certo, você tem que ter o controle do gasto público. Eu era Secretário Executivo e assim o Ministério tinha muita força, por que tinha um ministro que era economista e entendia de orçamento público, um secretário executivo, que era economista também e entendia de orçamento público. Então nós dois fazíamos um embate com a Casa Civil, o Planejamento e o Ministério da Fazenda. Mas nunca de briga pessoal, não. Era no orçamento da União [...]

Outro aspecto que precisa ser ressaltado ao se comparar diferentes gestões em diferentes tempos e contextos, é que há condições diferenciadas. Nos anos 90, além da crise fiscal e da necessidade de se promover o equilíbrio das contas, também havia um desafio maior devido ao processo de implementação do SUS. Já no governo Lula não há uma grande crise e o país experimenta um período virtuoso de crescimento. Sobre esse ponto, Barjas mantém sua postura política:

[...] os ventos na gestão Lula sopraram mais favoravelmente. Aumento da receita real, aumento da receita em relação ao PIB, não teve grandes crises, teve marolinha certo? E eles não aproveitaram. Eles perderam uma grande oportunidade do ponto de vista político. É que eu resolvi ser prefeito e mudei um pouco a minha vida, mas se eu tivesse na academia eu teria entrado nesse debate. Eu estou te contando uma coisa que aconteceu e é minha visão como gestor que tá aqui vivendo o que acontece na saúde.

Além disso, a Emenda e o posterior processo de sua regulamentação proporcionaram que se resgatasse a discussão sobre o direito à saúde e o financiamento para que esse direito possa ser plenamente exercido, conforme a Carta Maior. Nesse sentido, as palavras de Biasoto refletem esse entendimento.

Mas o importante é o ônus político [...] o importante é a discussão política que está em torno disso. [...] Se olhar hoje pode ter todas as discussões do mundo, mas a vitória é ter trazido um conceito meio abstrato, que é a ideia do direito coletivo à saúde que acabou concretizado pelo Ministério. Foi um erro por que não deu certo o movimento inicialmente pensado, que era dar o direito e o financiamento através do Orçamento da Seguridade, naufragou por uma série de questões, mas aí a emenda veio trazer isso de novo. Ela veio repor na cabeça das pessoas que tinham um direito, o financiamento era esse direito e que, portanto, esse direito pode ser questionado, cobrado pela sociedade.

E do ponto de vista do governo, dos três níveis de governo, repõe essa história da competência concorrente. É competência concorrente com o compromisso de cada um dos três níveis de governo. É lógico que está faltando a gente conseguir identificar direito o que cada um dos níveis faz, isso não está claro ainda, até por que tem municípios grandes que têm sistemas mais complexos do que o estado e então o negócio acaba ficando fluido, não que o pessoal não tivesse pensado.

[..] Então tem uma lógica de comportamento hoje que é muito melhor do que antes. Falta avançar, por exemplo, a regionalização. Alguns avançaram, outros não.

As palavras de Biasoto tocam num ponto crucial da política de saúde e do seu financiamento, que é a ideia de aprimorar as disposições Constitucionais sobre a competência concorrente dos entes federados e o financiamento tripartite da política de saúde. A regulamentação da Emenda 29 acaba de ser assinada e, por essa razão, seu texto final não foi discutido neste trabalho. No tocante à regionalização, ponto importante da política de saúde, os desafios permanecem, embora os consórcios tenham se multiplicado.

Assim, os principais pontos discutidos nesta dissertação foram abordados com os dirigentes entrevistados. Notamos que foram reforçados vários dos argumentos anteriormente discutidos, mas que o ganho de ouvir diretamente dos envolvidos como se deram as escolhas no contexto de determinado momento nos ajuda a compreender melhor sobre as relações de poder e as limitações impostas pelos ditames racionais da economia. Ficou claro que havia, sim, um problema de insuficiência de recursos para o SUS, mas que vários outros desafios se apresentavam para os dirigentes, como a própria questão da descentralização.

6. Considerações Finais

Esta dissertação procurou fazer uma reconstrução histórica evidenciando os embates intra Poder Executivo, entre as áreas de Saúde e Fazenda e procurando compreender quais foram os fatores que refletiram nas dificuldades de resolução da questão durante todo o período que se seguiu criação do SUS na Constituição Federal de 1988, especialmente focando os governos de Fernando Henrique Cardoso e de Lula. A escolha deu-se em razão do entendimento de que os anos do governo FHC foram decisivos para a configuração atual do financiamento, e naquele momento os desafios de implementação do SUS concorriam com a agenda de reforma do Estado para promover as mudanças necessárias para o ajuste fiscal. Já o governo Lula insere-se em outro contexto, tanto do ponto de vista político, quanto econômico, pois tratava-se de um governo do Partido dos Trabalhadores, com forte trajetória crítica às reformas neoliberais, e que colocava-se como um governo voltado às questões sociais. De fato, observa-se que esse governo avançou em programas de transferência de renda, iniciados no governo FHC, que provocaram mudanças importantes na diminuição da desigualdade social. Entretanto, a priorização da obtenção de superávits, com o aumento da taxa de juros e o pagamento de dívidas foi mantida e, no caso da política de saúde, observamos que as iniciativas do governo foram no mesmo sentido do governo anterior. É importante considerar que os desafios do governo FHC no campo da saúde foram diferentes dos enfrentados pelo governo Lula, já que naquele governo o sistema estava sendo implementado.

Apesar de o sistema ter sido instituído na CF de 88, o governo Collor pouco avança em sua implementação, sendo marcado pela aprovação da LOS, porém posicionando-se contrário a vários pontos, como o financiamento e a participação social. Já no governo Itamar há iniciativas como as NOBs, mas há poucos avanços na descentralização pretendida pelos Constituintes. Além disso, naquele governo há a primeira grande crise no SUS, decorrente da insuficiência de recursos e da quebra da lógica de orçamento compartilhado, com especialização das fontes. Já no governo FHC há aspectos importantes que impactam no financiamento do SUS, como a aprovação da CPMF, a aceleração da descentralização via PAB, a aprovação da EC 29 e a opção por delegar o comando do MS a um economista com perfil técnico e político forte. Naquele governo, houve a tentativa de inserir a reforma na saúde no bojo da reforma administrativa do Estado, e a nomeação de Serra vai ao encontro dessa estratégia, já que concorreria às eleições presidenciais de 2002. Entretanto, como apontamos nesta dissertação, o tema do financiamento não saiu da pauta naquele período

devido às opções da política macroeconômica no contexto de crise fiscal. Naquele momento a prioridade era resolver o problema inflacionário e o ajuste fiscal era o caminho a ser seguido para viabilizar o plano e todos os avanços posteriores.

O contexto do governo Lula é mais tranquilo do ponto de vista econômico, visto que não há uma grande crise econômica e que o país já atravessava um período mais estável devido às reformas promovidas no governo anterior. Além disso, questões importantes da implementação do SUS já haviam avançado, como a descentralização, a estruturação de redes de atenção básica nos municípios e a adesão destes às políticas consideradas prioritárias pelo MS. O que ocorre, entretanto, é uma continuidade às práticas de portarias ministeriais referentes a critérios e programas de repasse financeiro, bem como as mesmas práticas de desvinculação de receitas do OSS, inclusão de ações que não eram típicas de saúde e a ignorância quanto à priorização da regulamentação da EC 29. A não regulamentação da lei 8080/90 também é outro ponto a ser explorado, pois, apesar de exigir apenas um Decreto presidencial, foi ignorada pelos governos que sucederam a sua aprovação, ocorrendo apenas em 2011, no governo Dilma. Nesse sentido, concordamos com Pereira (2009), que considera que Lula manteve a agenda minimalista e focalizada de FHC na área da saúde.

Procuramos demonstrar que, ao longo dos vinte anos de institucionalização do SUS na LOS, embora o contexto social, político e econômico tenha mudado, as escolhas políticas feitas pelos governos mantiveram um caráter de continuidade no que se refere ao financiamento do SUS. Se nos anos 90 o enorme desafio de implementar o SUS, superando a lógica anterior de prestação de serviços de saúde e promovendo a descentralização e universalização, foi em parte freada pela política macroeconômica do governo federal em contexto de crise fiscal, ao longo da década de 2000 não há uma grande mudança. Essa mudança seria esperada, já que se tratava do governo do Partido dos Trabalhadores e o contexto econômico era bem mais favorável. O que se vê, entretanto, é a pouca mobilização do governo para a aprovação da regulamentação da EC 29, bem como o enfrentamento entre Saúde e Fazenda, envolvendo o TCU e MPF.

A CF apresentou um ponto de inflexão nas políticas sociais, especialmente na saúde. Entretanto, o sistema foi implementado em contexto econômico adverso. No contexto da política macroeconômica promovida pelos governos nos anos 90, há que se destacar a vitória dos preceitos institucionais da Seguridade Social inscrita na CF, sobretudo o campo da saúde, que manteve seu caráter universal a despeito dos enfrentamentos com o setor econômico. Assim, além da lógica da Seguridade nunca ter se efetivado, a cooperação entre as áreas foi superada pela disputa pelos recursos escassos, com orçamentos separados,

especialização das fontes e regras institucionais separadas refletidas na adoção de legislação também separada para cada área, bem como de ministérios distintos. O marco institucional da diversificação das fontes nunca fora respeitado, colocando em dúvida a efetividade da legislação produzida por consensos, como no caso do SUS, e legitimamente aceita, já que votada e aprovada no Congresso, diante da força do Executivo, que desrespeita a legislação, inclusive a inscrita na Carta Maior, para legislar sobre o financiamento a partir de portarias, que obviamente não são fruto do consenso, nem mesmo entre os entes federativos, mas refletem uma postura pouco flexível por parte da União.

Conforme Abrúcio (2006) o governo central tem papel fundamental na coordenação do processo de descentralização de políticas públicas. Entretanto, conforme destaca o mesmo autor, é necessário que o governo exerça o papel de coordenação sem ferir princípios federativos como o da autonomia, sugerindo, por exemplo, que o governo crie redes federativas ao invés de hierarquias centralizadoras. A estratégia principal do MS, no entanto, privilegiou a condução da política de saúde a partir da edição de portarias direcionando a ação dos governos locais e limitando sua autonomia. Entretanto, é importante considerar o contexto no qual essas preferências se inseriram, ou seja, a adoção de práticas de normas operacionais, por exemplo, foi influenciada pela necessidade de promover a descentralização e, ao mesmo tempo, a focalização da política na atenção básica.

Assim, vemos que, à exemplo da criação do PAB, quando o governo federal induz os governos locais a assumirem a gestão da atenção básica, a EC 29 também representou um movimento do governo para, mais uma vez, direcionar o comportamento dos entes federados. Ainda que a EC 29 tenha se originado do Legislativo, em resposta à instabilidade de recursos para a saúde, demonstramos que o texto final correspondeu ao que desejava o Executivo e só foi aprovada após acordo entre governo e Legislativo quanto ao seu teor. O resultado final é o Executivo como ganhador, já que consegue aumentar recursos para a saúde sem aumentar os seus gastos, ampliando a participação dos governos subnacionais e, ainda, no conflito entre as áreas da Saúde e Fazenda, também ganhar, já que a interpretação da última é sempre em favor de menores investimentos.

Num sentido mais amplo, Arretche (2004) considera que o fato do governo federal dispor de recursos institucionais para influenciar as escolhas dos governos locais acaba afetando as agendas públicas locais, mas também são atenuadas pela inserção de membros dos conselhos de saúde nas discussões no âmbito do MS. Além disso, a autora considera que é esse direcionamento federal que permite que estados e municípios não adotem políticas e programas conflituosos entre si. No mesmo sentido, a aprovação da EC 29 também

reduz a margem de escolha dos governos estaduais e municipais, já que estes se veem obrigados a adotarem o comportamento desejado pelo governo federal na aplicação dos recursos. Sobre a EC 29, é interessante o argumento de Arretche (2004) de que a constitucionalização de níveis mínimos de gastos dos entes federados ignora as desigualdades na capacidade de gastos dos governos locais, reproduzindo essa situação na implementação das políticas e desconsiderando a desigualdade horizontal entre os entes (ARRETCHE, 2004, p. 25).

A disputa política revelou uma gama de atores políticos e burocráticos, revelando uma sensível diferença quando, do lado da Saúde, os atores eram também economistas e conseguiam vencer algumas batalhas contra a área da Fazenda. Sabemos que nas reformas de políticas públicas as elites burocráticas têm papel importante. Além disso, no caso do financiamento da saúde brasileira, o número de *stakeholders* faz com que o campo seja de difícil consenso, já que há quem conteste a sustentação do caráter público e universalista do sistema. Dentro da própria Frente Parlamentar de Saúde há grupos que representam os interesses do SUS universal, outros que defendem os interesses privatistas e também os que defendem a filantropia. Outro aspecto importante é que o financiamento é também afetado pelas relações interinstitucionais e de coordenação intergovernamental. No processo de implementação da política, especialmente nos anos 90, houve a opção pela recentralização decisória, via portarias ministeriais, ampliando a capacidade do governo de direcionar as políticas locais. Houve também a fragmentação das transferências aos entes federados, num processo que foi melhorado apenas com o Pacto pela Saúde (2006), que unificou as categorias em blocos.

O papel de alguns atores foi fundamental nos momentos evidenciados em nosso estudo, o que apareceu na literatura revisada e nas entrevistas. Na aprovação da CPMF, que consistiu em uma alternativa temporária para o problema da falta de recursos, a figura de Adib Jatene como empreendedor político apareceu claramente. As estratégias utilizadas por ele, como o convencimento de setores do governo que eram contrários à criação de fontes vinculadas e o convencimento de deputados e senadores de que o ônus político diante da população ao criar uma nova contribuição seria compensado pelo benefício final dessa mesma população com um sistema de saúde mais próximo do que o disposto no texto constitucional. Mesmo com seus esforços, a CPMF foi aprovada com 357 votos a favor, 125 votos contrários (do PT e seus aliados) e 2 abstenções (CARDOSO, 2006). A figura de Serra também aparece como empreendedor político na aprovação da EC 29, que parecia ter sido colocada em “banho Maria” e que fez com que ele dialogasse com a área econômica para que não houvesse

maiores resistências quanto à sua aprovação. Nesse contexto, notamos a orientação estritamente econômica dos governos, já que o trabalho de convencimento tinha que ser realizado junto à Planejamento e Fazenda. A aprovação da EC 29 contou com o apoio de todos os partidos, quase assumindo um caráter suprapartidário, o que revela não só a preocupação em torno do problema da insuficiência de recursos e da lacuna deixada na CF quanto ao financiamento compartilhado entre os três entes, mas também um esforço político de negociação para criar o consenso em torno da aprovação da Emenda que refletiu, como já apontamos, a demanda do Executivo. É preciso evidenciar que, embora Jatene e Serra tenham sido importantes empreendedores políticos no financiamento do SUS, os pesos de seus papéis foram diferentes. A EC 29 envolveu muito mais atores e negociação, além de oposição também no nível estadual e municipal.

No governo Lula, não identificamos atores relevantes na discussão sobre o financiamento do SUS, o que também evidencia a pouca importância que o tema teve em seu governo e o caráter continuísta que a política de saúde assumiu (ALMEIDA, 2004). Há que se exaltar, contudo, que do ponto de vista da gestão e da articulação interfederativa houve avanço com o Pacto pela Saúde, superando a lógica de normas operacionais, embora esse Pacto tenha apresentado poucos resultados. Entretanto, do ponto de vista do aporte de recursos para a saúde, não houve aumento proporcional ao crescimento do gasto social federal, por exemplo. A criação dos blocos de financiamento no Pacto reduz a fragmentação das transferências, mas não altera a lógica anterior, já que agrega os incentivos financeiros anteriores (DAIN, 2007). Além disso, o tema do financiamento da saúde pareceu chamar a atenção desse governo apenas na negociação da aprovação da renovação da CPMF no final de 2007, justificando sua destinação à saúde. Até então, não foi feito nenhum esforço por parte do governo para a regulamentação da EC 29, devendo sua entrada na pauta do Congresso, em 2006, aos esforços da FPS. Apesar dos esforços políticos, saiu derrotado diante da não renovação da contribuição, porém conseguiu aprovar a prorrogação da DRU, o que representa importante vitória.

O estudo também explorou as relações entre Fazenda e Saúde, demonstrando a tensão existente. O que causa estranheza é que, mesmo em contexto de relativa estabilidade econômica, já no governo Lula, a postura da Fazenda não mudou. Marques e Mendes (2005) demonstram que os municípios já aplicavam percentual próximo aos 15% antes da EC 29, e que isso se manteve após sua aprovação, mas que a área fazendária local também tende a se manter inflexível quanto aos gastos, executando sempre o mínimo ou valor próximo ao mínimo. Dessa forma, a visão da área econômica federal reflete também nas áreas financeiras

locais. Além disso, ficou implícito que as diretrizes do governo são as diretrizes da Fazenda, já que foi esta que prevaleceu em todos os momentos de impasse relatados neste estudo. A discussão em torno da EC 29 e de sua posterior regulamentação sempre girou em torno da vinculação ou não dos 10% das receitas da União, ou seja, nunca houve de fato uma discussão sobre a real necessidade de financiamento do SUS. Se a CPMF tivesse sido prorrogada, persistiria uma solução provisória para o problema.

O papel do Legislativo em favor da saúde pública e universal foi fundamental na Constituinte e na aprovação da LOS. Esses momentos, entretanto, marcaram uma atuação mais forte do Movimento Sanitário. O período que se seguiu foi marcado pela prevalência dos interesses e iniciativas do Executivo, especialmente pela publicação de portarias, constituindo-se numa via infralegal, que, a despeito de ser prerrogativa do MS, causa desconforto por ter sido vastamente utilizada. O papel do Legislativo nos dois momentos aqui assumidos como cruciais para os caminhos do financiamento do SUS, a CPMF e a EC 29 com sua posterior regulamentação, foi importante, porém reflexo das preferências do Executivo, numa postura de cooperação entre os Poderes. Prevaleceu a agenda do Executivo, pautada pela redução de gastos. Se isso não ocorresse, provavelmente a EC 29 teria sido aprovada com uma vinculação de 10% das receitas correntes brutas da União.

Assim, no sentido do que apontou o estudo de Immergut (1992) também notou-se a convergência no posicionamento de atores movidos por interesses diversos em torno do financiamento da saúde. Entretanto, as soluções não refletem necessariamente essa convergência, e mais a posição dos atores privilegiados e com maior poder de veto na arena política. Uma evidência dessa afirmação é dada, por exemplo, ao analisarmos o comportamento de José Serra quando ministro do Planejamento e, posteriormente, da Saúde, demonstrando que a posição de um ator em determinada instituição pode influenciar seu comportamento. Encontramos outros exemplos na CPMF e DRU, pois os mesmos atores que as criaram, no governo FHC, a elas se opuseram quando passaram a ser oposição, no governo Lula. O contrário também vale, pois os parlamentares que eram da oposição ao governo FHC e criticavam a CPMF e DRU, também passaram a defendê-las quando se tornaram situação.

Apesar de dispositivo constitucional que garantia o aporte de recursos para a saúde, a discussão sobre o financiamento perdurou durante todo o período analisado, levando à criação de fonte específica (CPMF) e, posteriormente, vinculação mínima de percentuais dos entes federados, refletindo que o financiamento, sob a lógica da Seguridade Social, não se efetivou. Isso é evidenciado pelo fato de não haver unidade institucional e orçamentária da área de Seguridade no período posterior à constitucionalização dessa área. Prova disso é que

as áreas foram regulamentadas por leis diversas, em momentos distintos, bem como foram criados ministérios próprios que apenas cuidaram dos interesses setoriais, disputando os recursos, que eram inferiores às suas necessidades, em vez de atuarem conjunta e estrategicamente na resistência às ameaças e investidas contra o OSS. Reconhecemos, por outro lado, que o SUS é uma política que está em permanente aprimoramento e transformação, especialmente por sofrer a ação de inúmeros atores sociais e entidades organizadas da sociedade civil. Além disso, apesar da não efetivação da agenda do financiamento, a área da saúde resistiu às pressões governamentais para a redução do aporte de recursos para o setor, talvez porque estivesse blindada do ponto de vista institucional e pelo consenso em torno da saúde pública e da vigilância constante de grupos ligados à área. O Ministério da Saúde, ainda que tenha perdido na maioria dos embates com a Fazenda, não pode ser considerado um Ministério fraco. Isso é evidenciado pela sua capacidade de normatizar sobre o SUS, com as portarias, além de ter conseguido realizar transferências aos entes subnacionais de forma não condizente com o que dispunha a LOS. Além disso, houve muitos avanços no SUS e no seu financiamento. A CPMF, que tem um caráter mais redistributivo, foi um deles, já que trouxe a questão do financiamento ao debate e refletiu na estabilidade e regularidade nos repasses. Ainda que a Fazenda fosse contra a vinculação de fontes, a CPMF representava uma nova fonte e uma oportunidade de diminuir o aporte de recursos em saúde das outras fontes, além da possibilidade do governo ganhar com a desvinculação de parte de suas receitas. Já a EC 29, de caráter mais regulatório, também contribuiu para a estabilidade de repasse, porém é conquistada de forma mais difícil, já que acentuou a divergência de posições entre Saúde e Fazenda, além de enfrentar a resistência dos estados e municípios. Além disso, a EC 29 retira do MS a preocupação com as fontes de financiamento, deslocando esse papel para a área econômica. Esses dois exemplos refletem mudanças incrementais na política de financiamento do SUS.

Um dos limites desta pesquisa foi a dificuldade em entrevistar pessoas ligadas à área da Fazenda. Isso refletiu num olhar pouco atento às justificativas e argumentações dessa área sobre as questões analisadas. Uma alternativa a esse problema seria entrevistar técnicos atuantes no Ministério ou buscar dados secundários em jornais e revistas.

Diante dessas considerações, ficou claro que os diferentes contextos dos governos FHC e Lula não levou a diferentes abordagens na questão do financiamento do SUS, devido aos constrangimentos econômicos impostos pelos governos, privilegiando as políticas macroeconômicas em detrimento da efetivação da saúde pública e universal constitucional. Nos embates entre as áreas dentro do Executivo Federal a área econômica saiu vitoriosa, não

tanto por uma escolha pessoal dos presidentes, mas pela força dessa área e sua capacidade de determinar prioridades e ajustes. O governo Lula, do qual se esperava uma atuação mais incisiva em defesa do SUS, pouco mudou esse quadro. Entretanto, a aprovação da regulamentação da EC 29 traz a expectativa de que o quadro do financiamento possa ser alterado, especialmente pela definição de ações e serviços de saúde. A partir dos próximos anos, poderemos avaliar o impacto dessa lei sobre o sistema.

Referências

ABRANCHES, S. H. H. Presidencialismo de coalizão: o dilema institucional brasileiro. *Dados Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 5 – 34, 1988.

ABRUCIO, F. L. *Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1998. 253 p.

_____. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p.77-125.

ACIOLE, G. G. *A saúde no Brasil: cartografia do público e do privado*. São Paulo: Hucitec; Campinas, SP: Sindicato dos Médicos de Campinas e região, 2006. 357p

AFONSO, J. R. R.; JUNQUEIRA, G. G. Reflexões a respeito da interface entre seguridade social e fiscalidade no Brasil. In: LOBATO, L. V. C. ; FLEURY, S. (Orgs). *Seguridade Social, Cidadania e Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009. p. 116 a 142

ALMEIDA, C. Os Modelos de Reforma Sanitária dos anos 80: uma análise crítica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 1, n 5, p. 3-56, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v5n1/02.pdf>>. Acesso em: 12/10/2011.

ALMEIDA, M. H. T. A Política Social no Governo Lula. *Novos Estudos*, São Paulo, n. 70, p. 07-17, Nov. 2004. Disponível em: <<http://www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/MariaHerminia/Lula.pdf>>. Acesso em: 17/11/2011.

ARRETCHE, M. T. S. Emergência e Desenvolvimento do Welfare State: Teorias Explicativas. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 39, p. 3- 40, 1995. Disponível em: <http://www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/Marta/Arretche_1996_BIB.pdf>. Acesso em: 03/11/2011.

_____. *O processo de descentralização das políticas sociais no Brasil e seus determinantes*. 1998. 277f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de Campinas, Campinas, 1998.

_____. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.

331 - 345, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200002>. Acesso em: 13/12/2011.

_____. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, v. 18, n. 2, p. 17 – 26, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n2/a03v18n2.pdf>. Acesso em: 13/12/2011.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES DA RECEITA FEDERAL (ANFIP). *Análise da Seguridade Social em 2010*. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.anfip.org.br/publicacoes/livros/includes/livros/arqs-pdfs/analise2010.pdf>>. Acesso em: 05/06/2011.

BAHIA, L. O mercado dos planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pósregulamentação. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Orgs.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2001. p. 325-361.

BAPTISTA, T. W. F. Análise da produção legislativa em saúde no Congresso Nacional Brasileiro (1990-2006). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 97 – 109, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n1/11.pdf>>. Acesso em: 18/06/2011.

_____. *Políticas de Saúde no pós Constituinte: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes Executivo e Legislativo no Brasil*. 2003. 346 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

BAPTISTA, T. W. F.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Responsabilidade do Estado e Direito à Saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. *Ciênc. e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 829 – 839, Mai/Jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/18.pdf>>. Acesso em: 13/05/2011.

BARROS, M. E.; PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. *Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas*. Brasília, DF: IPEA, 1996. 117 p. (Texto para Discussão n. 401). Disponível em: <http://189.21.130.7/pub/td/1996/td_0401.pdf>. Acesso em: 01/09/2011.

BIASOTO JR, G. *Setor Saúde: constituição do SUS, financiamento federal, transferências e questões federativas*. (mimeo). IE/UNICAMP: Campinas, 2003.

BORLINI, L. M. Há pedras no meio do caminho do SUS - os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 321 - 333, ago./dez. 2010.

Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7697/5799>>. Acesso em: 13/08/2011.

BOSCHETTI, I. Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v.15, n. 1, p. 57 – 96, jan./jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v15n1/v15n1a05.pdf>>. Acesso em: 12/07/2011.

BRASIL. *Constituição* (1988). Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei n. 8080, de 19 de setembro, 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Lei n. 8142, de 28 de dezembro. 1990b. 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.

_____. Presidência da República. Decreto de 01 de julho de 1993. Declara estado de calamidade pública do setor hospitalar do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/124140/decreto-93>>. Acesso em: 02/01/2012.

_____. Emenda Constitucional n.º 1, de 01 de março de 1994. Brasília, 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/ECR/ecr1.htm>. Acesso em: 07/11/2011.

_____. Presidência da República. Decreto n.º 1232, de 30 de agosto de 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1232.htm>. Acesso em: 01/12/2011.

_____. *Constituição* (1988). *Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000*. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 set. 2000. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/legislacao>>. Acesso em: 01/05/2011.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 96*. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2002*, Portaria MS/GM n.º 373, de 27/02/2002.

_____. Ministério da Saúde. SIOPS. *A implantação da EC 29: apresentação dos dados do SIOPS 2000 a 2003*. Brasília, 2005. 14 p. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Implanta%C3%A7%C3%A3o_EC_29_dados_SIOPS.PDF>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-suporte/legislacao/saude/portarias/portaria_MS_399.2006>. Acesso em: 03/06/2011.

_____. Decreto nº 7508 de 28/06/2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro e 1990, para dispor sobre a Organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto7508.pdf>>. Acesso em: 12/06/2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). Secretaria de Orçamento Federal. *Vinculações de receita dos orçamentos fiscal e da seguridade social e o poder discricionário de alocação dos recursos do governo Federal*. Brasília, v. 1, n. 1, 2003. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/sof/publicacoes/vinculacoes_orcamentarias.pdf>. Acesso em: 17/12/2011.

_____. MINISTÉRIO DA FAZENDA. Nota Técnica Conjunta SOF-MP/STN-MF nº 001, de 17 de setembro de 2009. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-suporte/arquivos/saude/financiamento-da-saude/documentos-de-outros-orgaos/of_81.MF_e_nota_tecnica_conjunta_sof_01.09.pdf>. Acesso em: 02/11/2011.

_____. Ministério Público Federal (MPF). Procuradoria da República no Distrito Federal. Recomendação nº 001/2009- PP- PRDF. Brasília, 28 de maio de 2009. Disponível em: <http://www.prdf.mpf.gov.br/imprensa/arquivos_noticias/Recomendacao_recursos_Saude_EC_29.pdf>. Acesso em: 03/01/2012.

_____. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). Decisão nº 143 de 2002.

_____. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). Acórdão nº 657 de 13/07/2005. Disponível em: <<https://contas.tcu.gov.br/juris/SvlHighLight?key=ACORDAO-LEGADO-51283&texto=3935372b73612546416465&sort=&ordem=&bases=ACORDAO-LEGADO;RELACAO-LEGADO>>. Acesso em: 03/01/2012.

_____. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). Relatório de Levantamento. Aferição do cumprimento do mínimo constitucional de aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde. Acórdão nº 2670/2010. Disponível em: <<https://contas.tcu.gov.br/juris/SvlHighLight?key=ACORDAO-LEGADO-87129&texto=616325463372642545336f2b6e2542412b32363730&sort=&ordem=&bases=ACORDAO-LEGADO;RELACAO-LEGADO>>. Acesso em: 03/01/2012.

_____. Presidência da República. Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Diário da Câmara dos Deputados*. Nº 179. 28/10/1999. Brasília. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/dc_20.asp?selCodColecaoCsv=D&DataIn=28/10/1999&txpagina=51208&altura=650&largura=800>.

_____. CARVALHO, R. (relator). *Relatório da Subcomissão Especial destinada a tratar do financiamento, reestruturação da organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, outubro 2011. 386 p. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/subcomissoes/relatorio-final-do-subsus-segunda-versao>>. Acesso em: 13/11/2011.

CAPELLA, A. C. N. *O Processo de Agenda Setting na Reforma da Administração Pública (1995-2002)*. 2004. 234 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2004.

CARDOSO, F. H. *A arte da política: a história que vivi*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006, 699 p.

CARVALHO, G. C. M. O momento atual do SUS – a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 2, n.1, p. 9 – 24, abril 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12901993000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 13/07/2011.

_____. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 435 – 444, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000200012&script=sci_arttext>. Acesso em: 05/06/2011.

_____. *O Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde: 1988-2001*. 2002. 301 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.gices-sc.org/FinancSUSGilson.pdf>>. Acesso em: 10/12/2011.

CARVALHO, E L; GOMES, F B C. *Características da tramitação de projetos de lei ordinária apresentados na Câmara dos Deputados entre 1999 e 2006*. Resumo de trabalho apresentado no Seminário Internacional Estudos sobre o Legislativo. Instituto Legislativo Brasileiro. Senado Federal, 2008.

CASTRO, J. A. Comentários a respeito do artigo “Financiamento e equidade em saúde – por um novo contrato social” (Fleury, 2009). *SER Social*, Brasília, v. 11, n. 25, p. 30 – 34, jul./dez. 2009.

CASTRO, J. A; CARDOSO JR., J. C. Políticas sociais de âmbito federal no Brasil: restrições macroeconômicas ao financiamento social entre 1995 e 2002. In: JACCOUD, L. (org) *Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo*. Brasília: IPEA, 2005. Cap. 7, p. 319 - 371. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/questaosocial/Cap_7.pdf>. Acesso em: 12/12/2011.

CEM hospitais fecham por falta de dinheiro. Folha de São Paulo, São Paulo, 25/06/1993. Disponível em: <<http://acervo.folha.com.br/fsp/1993/06/25/262>>. Acesso em: 12/12/2011,

COELHO, V. S. Interesses e instituições na política de saúde. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 13, n. 37, jun 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69091998000200007&script=sci_arttext>. Acesso em: 13/11/2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *SUS: Avanços e desafios*. Brasília: CONASS, 2006. 164 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/pdfs/livro_sus_avancos_desafios.pdf>. Acesso em: 04/06/2011.

_____. *SUS 20 anos*. Brasília: CONASS, 2009. 282 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/sus20anosfinal.pdf>>. Acesso em: 07/08/2011.

_____. *Para entender a gestão do SUS*. Brasília: CONASS, 2011. 124 p. 2 v. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/miolo%20livro%202.pdf>>. Acesso em: 13/06/2011.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. *Physis Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 14, p. 343 – 362, 2004.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a09.pdf>>. Acesso em: 13/01/2012.

COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: As reformas do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 90. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 18, p. 49-71, jun 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-44782002000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 01/12/2011.

COUTO, C. G. & ARANTES, R. Constituição, Governo e Democracia no Brasil, *Rev. Bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 41 – 62, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v21n61/a03v2161.pdf>>. Acesso em: 12/04/2011.

DAIN, S. O financiamento público na perspectiva da política social. *Economia e Sociedade*, Campinas, n. 17, p. 113 – 140, dez. 2001. Disponível em: <<http://www.eco.unicamp.br/docdownload/publicacoes/instituto/revistas/economia-e-sociedade/V10-F2-S17/05-Sulamis.pdf>>. Acesso em: 17/06/2011.

_____. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1851-1864, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/08.pdf>>. Acesso em: 08/10/2011.

DRAIBE, S. M. *Brasil: o sistema de proteção social e suas transformações recentes*. Série Reformas de Política Públicas. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 1993. 84p.

_____. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. *Tempo Social USP*, São Paulo, p. 63 – 101, nov. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v15n2/a04v15n2.pdf>>. Acesso em: 12/01/2012.

FAVERET, A. C. S. C. *Federalismo fiscal e descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000*. 2002. 200 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.institutoapoar.org.br/imagens/bibliotecas/O_FINANCIAMENTO_DA_POLITICA_DE_SAUDE.pdf>. Acesso em: 08/01/2012.

FIGUEIREDO, A. C. Instituições e política no controle do Executivo. *Dados Rev. Ciênc. Sociais*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 689 – 727, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/dados/v44n4/a02v44n4.pdf>>. Acesso em: 03/09/2011.

FIGUEIREDO, A. C.; LIMONGI, F. O processo legislativo e a produção legal no Congresso pós Constituinte. *Novos Estudos Cebrap*, São Paulo, v. 38, p. 24 – 37, 1994.

FLEURY, S. Reforma com justiça – em defesa dos direitos básicos da Seguridade Social. In: Audiência pública da Comissão de Seguridade Social sobre a reforma tributária. Brasília: Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2009a. Disponível em: <<http://www.inesc.org.br/biblioteca/textos/audiencia-publica-da-comissao-de-seguridade-reforma-tributaria/Sonia%20Fleury%20-%20reforma%20com%20justica.pdf>>. Acesso em: 05/01/2012.

_____. Financiamento e equidade em saúde – por um novo contrato social. *SER Social*, Brasília, v. 11, n. 25, p. 16 – 29, jul./dez. 2009b.

GERSCHMAN, S; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 177 – 190, junho 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092006000200010>. Acesso em: 19/11/2011.

GOMES, F. B. C. *Interações entre o Legislativo e o Executivo federal do Brasil na definição de políticas de interesse amplo: uma abordagem sistêmica, com aplicação na saúde*. 2011. 337 f. Tese (doutorado em Sociologia e Ciência Política) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Brasília, 2011. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/6165/interacao_legislativo_gomes.pdf?sequence=1>. Acesso em: 12/12/2011.

HALL, P. A; TAYLOR, R. C. R. As três versões do neo-institucionalismo. *Revista Lua Nova*, n. 58, p. 193 – 223, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n58/a10n58.pdf>>. Acesso em: 03/05/2011.

IMMERGUT, E. *Health politics interests and institutions in Western Europe*. Londres: Cambridge University Press, 1992.

_____. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia, *Rev. Bras. Ciênc. Sociais*, São Paulo v.11, n. 30, p. 139-165, fev. 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Conta-Satélite de saúde: Brasil 2007-2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. 104 p. (Contas nacionais, n. 37). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2007_2009/economia_saude.pdf>. Acesso em: 30/01/2012.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS (IPEA). Boletim 6 Seguridade Social. In: *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*. Fevereiro 2003. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_06/SEGURIDADE_SOCIAL.pdf. Acesso em: 13/10/2011.

_____. *Comunicado nº 98. 15 anos de gasto social federal. Notas sobre o período de 1995 a 2009.* Julho 2011a. Disponível em: <http://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/110708_comunicadoipea98.pdf>.

_____. Estado de uma nação. In: *Políticas sociais: acompanhamento e análise*, n.19, Ipea, 2011b. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps_19_cap03.pdf>. Acesso em: 20/01/2012.

JATENE, A. Onde foi parar o dinheiro da saúde? *Veja*, São Paulo, p. 108, 22 out. 1997.

_____. Novo modelo de saúde. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 51-64, janeiro-abril, 1999. (Dossiê Saúde Pública). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v13n35/v13n35a05.pdf>>. Acesso em: 17/07/2011.

KINGDON, J., *Agendas, alternatives and public policies*. 2. ed. NY: Harper Collins College Publishers, 1995.

LIMA, L. D. *O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde: um estudo das relações Intergovernamentais na CIB do RJ*. 1999. 184 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

_____. *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais*. 2006. 408 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/limaldd.pdf>>. Acesso em: 02/01/2012.

_____; MACHADO, C. V. Um novo modelo de descentralização? Nota Técnica sobre o Pacto pela Saúde- 2006. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2008.

MACHADO, C. V. *Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. 2005. 391 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

_____. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2113-2126, set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/12.pdf>>. Acesso em: 11/05/2011.

MAINWARING, S.; SHUGART, M. *Presidentialism and Democracy in Latin America*. Cambridge University Press, 1997.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. SUS e Seguridade Social: em busca do elo perdido. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.14, n.2, p.39-49, maio/ago. 2005a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000200005>.

Acesso em: 19/08/2011.

_____. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da Seguridade Social. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 14, n. 1, p. 159-175, jan./jun. 2005b. Disponível em: <<http://www.eco.unicamp.br/docdownload/publicacoes/instituto/revistas/economia-e-sociedade/V14-F1-S24/07-RosaAquilasMendes.pdf>>. Acesso em: 03/05/2011.

_____. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 841-850, 2009a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/en_19.pdf>. Acesso em: 03/05/2011.

_____. O SUS versus as diretrizes da política econômica. *SER Social*, Brasília, v. 11, n. 25, p. 55-82, jul./dez. 2009b.

_____. A luta pelo financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA, 15, 2010, São Luís. *Anais...*, São Paulo: Tec. Arte Editora, 2010, p. 1- 19.

_____. O financiamento da atenção à saúde no Brasil. *Pesquisa e Debate*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 65 – 91, 2001. Disponível em: <[http://www.pucsp.br/pos/ecopol/downloads/edicoes/\(19\)aquilas_mendes.pdf](http://www.pucsp.br/pos/ecopol/downloads/edicoes/(19)aquilas_mendes.pdf)>. Acesso em: 24/08/2011.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. Crônica de uma crise anunciada: o financiamento do SUS sob a dominância do capital financeiro In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA, 14, 2009, São Paulo. *Anais...*, São Paulo: Sociedade de Economia Política, 2009.

MENICUCCI, T. M. G. Ruptura e continuidade: a dinâmica entre processos decisórios, arranjos institucionais e contexto político – o caso da política de saúde. *Lócus: revista de História*, Juiz de Fora, v. 15, n. 2, p. 47 – 69, 2009. Disponível em: <<http://www.editoraufjf.com.br/revista/index.php/locus/article/viewFile/919/789>>. Acesso em: 17/09/2011.

MUNHOZ, S. R. A atuação do ‘Centrão’ na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/1988: dilemas e contradições. *Revista Política Hoje*, Recife, v. 20, n. 1, p. 343 – 394, 2011.

Disponível em: <<http://www.politicohoje.ufpe.br/index.php/politica/article/viewFile/98/76>>. Acesso em: 03/01/2012.

OLIVEIRA, F. A. *Fundef e Saúde: duas experiências (virtuosas?) de descentralização*. Rio de Janeiro: FGV - EBAPE, 2001. Disponível em: <http://conscienciafiscal.mt.gov.br/arquivos/A_63dc543a864ffef3042d5c90b127f62fFundefeSauseduasexperienciasexitosadedescentralizacao.pdf>. Acesso em: 09/12/2011.

OLIVEIRA, F. A.; REZENDE, F. O Estado e a Federação. In: REZENDE, F.; TAFNER, P. (ed.). *Brasil: o estado de uma nação*. Rio de Janeiro: IPEA, 2005. Cap. 7. p. 251 - 283. <<http://www.ipea.gov.br/Destaques/brasil/CapVII.pdf>>. Acesso em: 03/10/2011.

OLIVEIRA, V. E. *O Municipalismo Brasileiro e a provisão local de políticas sociais: o caso dos serviços de saúde nos municípios paulistas*. 2007. 237 f. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Universidade de São Paulo, São Paulo: 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-12022008-115636/pt-br.php>>. Acesso em: 20/05/2011.

PADILHA, A. Universalização do atendimento no SUS precisa de R\$ 45 bilhões, diz ministro. Agência de notícias Câmara dos Deputados, Brasília, 20/09/2011. Disponível em: <[http://www2.camara.gov.br/agencia/noticias/SAUDE/202869-UNIVERSALIZACAO-DO-ATENDIMENTO-NO-SUS-PRECISA-DE-R\\$-45-BILHOES,-DIZ-MINISTRO.html](http://www2.camara.gov.br/agencia/noticias/SAUDE/202869-UNIVERSALIZACAO-DO-ATENDIMENTO-NO-SUS-PRECISA-DE-R$-45-BILHOES,-DIZ-MINISTRO.html)>. Acesso em: 9/01/2012.

PEREIRA, C. A política pública como caixa de Pandora: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na reforma sanitária brasileira – 1985-1989. *Dados Rev. Ciênc. Sociais*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 423 – 477, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581996000300006>. Acesso em: 13/01/2012.

_____. Comentários sobre o artigo “A proteção social no Brasil: universalismo e focalização nos governos FHC e Lula. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 714 – 726, maio/jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300006&script=sci_arttext>. Acesso em: 03/01/2012.

PEREIRA, C; MUELLER, B. Comportamento estratégico em presidencialismo de coalizão: as relações entre Executivo e Legislativo na elaboração do orçamento brasileiro. *Dados Rev. Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 2, p. 265 – 301, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/dados/v45n2/10789.pdf>>. Acesso em: 22/07/2011.

PIERSON, P. Increasing returns, path dependence and the study of politics. *The American Political Science Review*, Baltimore, v. 94, n. 2, p. 251-267, 2000.

PIOLA, S. F. Tendências do financiamento da saúde. *Debates GV Saúde*, v. 2, n. 2, p. 12 – 14, 2006. Disponível em: <http://www.eaesp.fgvsp.br/subportais/gvsaude/Pesquisas_publicacoes/debates/02/20.pdf>. Acesso em: 10/07/2011.

_____. Apresentação no Orçamento público e financiamento à saúde do seminário: Caminhos para o Financiamento e o Acesso à Saúde. *Valor Online*, São Paulo, 7 de junho de 2010. Disponível em: <http://www.valoronline.com.br/sites/default/files/valor_piola_junho.pdf>. Acesso em: 05/04/2011.

_____; RIBEIRO, J. A. C.; REIS, C. O. O. Financiamento da Saúde: O que mudou com a CPMF. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE. 5, 1999, Salvador. *Anais...* Salvador: Associação Brasileira de Economia da Saúde, 1999. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/bf_bancos/e0001149.pdf>. Acesso em: 20/11/2011.

_____. REIS, C. O. O.; RIBEIRO, J. A. C. *Financiamento das políticas sociais nos anos 90: o caso do Ministério da Saúde*. Brasília: IPEA, jun. 2001. (Texto para Discussão n.º 802). Disponível em: < http://getinternet.ipea.gov.br/pub/td/2001/td_0802.pdf>. Acesso em: 13/08/2011.

_____; VIANNA, S. M.(orgs). *Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)*. In: Estado de uma nação: textos de apoio. Brasília: IPEA, 2009. 85 p. (Textos para discussão n.º 1391.) Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1391.pdf>. Acesso em: 08/05/2011.

RIBEIRO, J. A. C.; PIOLA, S. F; SERVO, L. M. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. *Divulg. Saúde Debate*, Rio de Janeiro, n. 37, p. 21 – 43, jan. 2007. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/Destaques/AJornadaABRES.pdf>>. Acesso em: 20/06/2011.

SALVADOR, E. A reforma tributária desmonta o financiamento da Seguridade Social. *SER Social*, Brasília, v. 11, n. 25, p. 55 – 81, jul./dez. 2009. Disponível em: <http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/376/249>. Acesso em: 13/12/2011.

SANTOS, M. H. C. Governabilidade, governança e democracia: criação de capacidade governativa e relações executivo-legislativo no Brasil pós-constituente. *Dados Rev. Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, 1997. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581997000300003>.

Acesso em: 04/11/2011.

SANTOS, N. R. Política Pública de Saúde no Brasil: encruzilhadas, buscas e escolhas de rumos. In: Fundação ANFIP de estudos da seguridade social. *20 Anos da Seguridade Social na Constituição: sonho ou realidade?* Brasília: 2009. p. 64 – 78. Disponível em: <http://www.anfip.org.br/publicacoes/livros/includes/livros/arqs-pdfs/20_anos_da_Seguridade_Social_GRAF.pdf>. Acesso em: 18/11/2011.

SERRA, J. *Saúde: a vinculação necessária. Folha de São Paulo*, São Paulo, 9 julho de 2000.

SOUZA, C. Federalismo e descentralização na Constituição de 1988: processo decisório, conflitos e alianças. *Dados Rev. de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 44, n.3, p.513-560, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/dados/v44n3/a03v44n3.pdf>>. Acesso em: 30/11/2011.

TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. 232 p.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1597-1609, ago 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/08.pdf>>. Acesso em: 03/04/2011.

UGÁ, M. A. D. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 427 – 437, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a08v08n2.pdf>>. Acesso em: 21/06/2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health financing database 2009. Disponível em: <<http://apps.who.int/ghodata/>>. Acesso em: 17/12/2011.

APÊNDICE A

Roteiro para entrevista

1. Criação e consolidação do SUS

- a) Como (Ministro da Saúde / Secretário Executivo, dependendo do entrevistado) como o Senhor avalia a expansão e consolidação do SUS naquele período? Quais foram os maiores avanços, desafios e dificuldades?

2. Financiamento do SUS. Embora o Movimento Sanitário tenha exercido grande influência na criação do SUS, ele não conseguiu vincular fontes de financiamento para a saúde na CF/88. Já a área de Educação, embora menos articulada, conseguiu. Sobre isso, pergunto:

- a) Por quê a Educação conseguiu vincular recursos na Constituição e a Saúde, não?
- b) Qual a sua percepção sobre o problema do financiamento do SUS? A não vinculação de receitas constitui-se em problema?
- c) Na sua opinião, o financiamento é o maior problema do SUS? É o maior desafio a ser superado para que cumpra efetivamente os princípios que o norteiam? Fatores como gestão, corrupção e maior controle social.

3. CPMF

- a) Qual a sua opinião sobre a CPMF e os impactos dela sobre o financiamento da saúde no período em que ela vigorou?
- b) Na sua opinião, por quê o Legislativo aprovou facilmente a CPMF, que vigorou até o ano de 2007, e a tramitação da EC 29 demorou 7 anos, e sua regulamentação não está concluída até hoje?
- c) Segundo artigos e reportagens de jornais da época, a Fazenda era contrária à vinculação de receitas para as áreas. Saberia me dizer por quê ela mudou de posição e não criou maiores entraves para aprovação da CPMF?

4. Emenda 29

- a) Como foi a discussão, no âmbito do Ministério da Saúde, sobre a Emenda Constitucional 29?
- b) Na aprovação da CPMF houve grande esforço político do então ministro Adib Jatene. Entretanto, após a aprovação, houve corte de orçamento para a saúde, o que levou a CPMF a ser uma fonte substitutiva, e não agregadora, conforme desejava o Ministro. Na busca por mais recursos para o SUS, a discussão em torno da EC 29 constituiu-se em esforço para aumentar participação de estados e municípios no financiamento do SUS? A conta do SUS não recai muito fortemente sobre os municípios?
- c) Por que a emenda buscou garantir os percentuais mínimos de aplicação em saúde para os entes federados, mas não garantiu a fonte de recursos para os mesmos? Ela significou uma desvinculação entre CPMF e Saúde, já que não estabelecia as fontes de recursos? Por que ela focou na garantia de investimentos mínimos em saúde, e não em uma fonte para a saúde?
- d) Por quê a EC 29 demorou 7 anos para ser aprovada? Quais foram os fatores que levaram à sua aprovação em 2000 (arranjos políticos)? O fato do ministro ser José Serra, que foi ministro do Planejamento anteriormente e era pessoa forte no governo, contribuiu para a aprovação?
- e) Por quê ela demorou tantos anos para ser regulamentada?

5. Conflitos políticos

- a) Após a aprovação da EC 29 houve uma disputa entre os ministérios da Fazenda e Saúde quanto à interpretação do ano-base para aplicação da variação do PIB nominal. O entrave estendeu-se até a AGU, que emitiu parecer favorável à Fazenda, entendendo, portanto, que o ano-base seria 1999, e não o ano anterior a cada novo exercício, conforme interpretava a Saúde. O parecer da AGU é do ano de 2000, sendo revisto ao final do mesmo ano, e no entanto tal impasse continuou em discussão. O Senhor se lembra dessa tensão entre os Ministérios? Como ocorreu?
- b) Poderia relatar como eram as relações das áreas de Saúde e Fazenda/Planejamento, especialmente por que, enquanto a Saúde lutava por mais recursos, a Fazenda cuidava do equilíbrio fiscal e era contra a vinculação de receitas?

- c) A definição de ações e serviços públicos de saúde gerou muitos debates, já que os governos incluem nos gastos em saúde muitas ações que não são. Entretanto, até os dias de hoje essa situação ainda não está resolvida, já que os governos insistem em lançar diversas ações como gasto em saúde. O Sr acredita que a regulamentação da EC 29 poderá resolver definitivamente essa situação?