

2.4. A continuidade das incertezas no financiamento: a Lei Complementar n.º 141/2012¹⁷

A recente aprovação da regulamentação da EC-29, sob a “nova denominação”, Lei Complementar n.º 141/2012, entre vários aspectos, assegura a vinculação de recursos fiscais para o setor saúde levando muitos a festejar o início de novo período próspero de recursos para o SUS. Nossa perspectiva é de que ela não chega a resolver o problema da insuficiência de recursos da área e tampouco sua relação com as diversas fontes da Seguridade Social.

É possível dizer que essa regulamentação constitui grande derrota para o financiamento das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Nenhum novo recurso foi de fato destinado para garantir a universalidade da saúde.

O projeto de regulamentação que se encontrava no Senado (PLS 127/2007) e não aprovado na versão original (aplicação da União em 10%, no mínimo, da Receita Corrente Bruta — RCB), poderia ter acrescentado para o orçamento do Ministério da Saúde de 2011 o correspondente a cerca de R\$ 32,5 bilhões (Carvalho, 2010). A aprovação dos 10% da Receita Corrente Bruta (RCB) proposto pelas entidades vinculadas à saúde pública recuperaria um quadro de responsabilidade da União com o SUS, perdido há muito tempo. Os gastos federais com ações e serviços públicos de saúde (SUS) diminuíram em relação às receitas correntes brutas da União depois de 1995. Representaram, em média, 8,37% da RCB no período 1995 a 2001, reduzindo-se, no período de 2002 a 2009, para 7,1% da RCB, na média (Piola, 2009). Lamentavelmente, ao se manter essa tendência, o SUS permanecerá com recursos insuficientes para assegurar a sua execução de acordo com as necessidades de saúde da população.

Um dia depois de definido que o SUS não contaria com maiores recursos, o governo conseguiu aprovar no Senado, no mesmo mês de dezembro de 2011, o projeto que propunha a continuidade da DRU até 2015, dando continuidade a que 20% das receitas da seguridade social

fossem dirigidos a outras finalidades, tais como o pagamento dos juros da dívida aos rentistas do capital financeiro e a manutenção do superávit primário. O governo Dilma Rousseff considerou a votação da prorrogação da DRU como a mais importante do ano, pois que, argumentava, seus recursos contribuiriam para defender a economia brasileira da crise mundial. Com esse argumento, o governo esqueceu-se da função exercida pelas políticas sociais como sustentador da demanda efetiva, na qual a garantia das ações e serviços do SUS tem grande efeito multiplicador.

A Lei Complementar n.º 141/2012, por melhores que tenham sido as intenções de seus proponentes originais, apenas sancionou o comprometimento atual dos Estados e dos Municípios. Com a manutenção da base de cálculo anterior com relação à União, isto é, o valor apurado no ano anterior é corrigido pela variação do PIB nominal, abriu-se mão de assegurar maior responsabilidade dessa esfera na sustentação do SUS. Afinal, ninguém espera que fontes alternativas de financiamento sejam aprovadas no curto prazo. Enquanto isso, apenas resta exigir que a LC n.º 141/2012 ponha um fim à acirrada luta para que os recursos aplicados pelos governos federal, estadual e municipal sejam realmente dirigidos às ações e serviços de saúde, procurando diminuir os conflitos mencionados. Isso porque, a partir da lei fica definido, uma vez por todas, quais as despesas que devem ser consideradas como ações e serviços de saúde e as que não se enquadravam nesse conceito (artigos 2.º a 4.º). Agora, tudo indica que a luta entre as secretarias de Saúde e as secretarias de Finanças deve diminuir de forma significativa.¹⁸

Um outro ponto importante aprovado pela LC n.º 141 refere-se à definição dos mecanismos de transferência e de aplicação dos recursos da esfera federal e das esferas estaduais aos municípios. Aprimoraram-se os critérios de transferências com base na redução das disparidades regionais de saúde (arts. 17 e 19). Devem ser respeitadas as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, complementados pelo art. 35 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Contudo, esse deverá ser um embate nas discussões da Comissão Intergestores Tripartite (com participação do Ministério da Saúde, do Conass e

¹⁷ A Lei Complementar n.º 141/2012 está disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ceivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>.

¹⁸ Para análise minudente da Lei n.º 141/2012, de cada artigo, ver Santos (2012).

do Conasems), no âmbito do Conselho Nacional de Saúde e das Comissões Intergestores Bipartites (com participação das secretarias de Estado da Saúde e dos respectivos Cosems), a fim de que esses critérios possam ser bem dimensionados e mensurados. Os municípios deverão ter muito trabalho para realizar acordos com os Estados e o Ministério da Saúde.

A respeito do artigo 17, no parágrafo 3.º, há um reforço à ideia de responsabilidade entre os gestores do SUS. Isso porque o poder executivo, ao passar recursos, deve fazê-lo com base no Plano Nacional de Saúde, conforme o termo de compromisso de gestão firmado entre os três entes. De certa forma, entende-se que esse termo de compromisso deve contribuir para reforçar a execução do Contrato Organizativo de Ações Públicas de Saúde (Coap), conforme o Decreto n.º 7508/2011,¹⁹ em discussão no âmbito do SUS, dirigido às regiões de saúde, e ainda pouco efetivado.

Por meio da LC n.º 141, deu-se continuidade ao que já se vem realizando, que as transferências da União e dos Estados aos municípios devem ser feitas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, sob critérios aprovados pelos Conselhos de Saúde (arts. 18 e 20). A manutenção de convênios de recursos deve se tornar rara no SUS. Aqui, também, ainda dependerá da luta dos municípios em se utilizar sempre desses artigos na discussão com os Estados, principalmente.

Em relação, especificamente ao Fundo de Saúde, merece destaque a novidade que a Lei Complementar n.º 141 estabelece, denominando-o como unidade orçamentária no artigo 14: “O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento [...] , constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos [...] , ressaltados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde”. Muitos municípios pequenos, talvez não tenham problema, porque somente dispõem de uma unidade orçamentária (UO). A Secretaria Municipal de Saúde denominaria a única unidade orçamentária da Secretaria de Fundo Municipal de Saúde. O problema fica para os municípios grandes, em que a Secretaria, muitas vezes, dispõe de várias unidades de orçamento. Nesse

caso, será necessário criar uma *UO Fundo* e as demais seriam incorporadas nela como programas ou projetos e/ou atividades de orçamento. Assim, com a obrigação de os Fundos de Saúde serem unidades de orçamento, aqueles que não o são, deverão ser alterados e fazer constar essa modificação na lei de criação do Fundo de Saúde. Ainda, é importante dizer que pela redação do artigo 14 da LC n.º 141 ficam de fora dessa exigência, os recursos que se destinarem às autarquias e fundações, quando vinculadas e supervisionadas pela Secretaria de Saúde.

Por fim, pode-se comentar que a LC n.º 141 reforçou as formas de acompanhamento, fiscalização, controle e auditoria dos recursos do SUS. Para citar um exemplo, ficou estabelecida a compatibilidade entre a saúde e os instrumentos de planejamento do orçamento, o PPA, a LDO e a LOA. Com isso, por exemplo, os municípios poderão ter ao seu lado atribuição legal para o grande embate entre a secretaria de saúde e a de planejamento/finanças, que há anos vêm se tornando mais difícil.

Para se ter claro a intensidade dos conflitos entre a União e o financiamento do SUS, há que se ter em conta os vetos da Presidência à LC n.º 141. Entre eles, frise-se o veto que parece prejudicar a luta pelo compromisso daqueles que estão do lado do “princípio da construção da universalidade” e veem nos recursos da União a possibilidade para atender à dignidade da saúde universal. Esse veto conseguiu manter a impossibilidade de correção da base de cálculo do montante da União para a saúde, isto é, a variação nominal do PIB (veto §1.º do art. 5.º). Isso prejudicará o compromisso de recursos do governo federal, uma vez que está comprovado, há anos, que o PIB estimado no primeiro semestre de um ano, quando é elaborado o orçamento para se encaminhar ao Poder Legislativo, é quase sempre menor do que o valor apurado ao fim de cada ano e, ainda, também, no tocante ao ano seguinte. O PIB estimado para 2011 no primeiro semestre foi menor que o estimado no fim de 2011 e até o fim de 2012. Com o veto, não será possível a correção desta projeção até o fim de 2012 (ano orientado pela variação nominal do PIB de 2011), o que revelará menores recursos do governo federal. Mais uma vez, assiste-se ao embate pelo desfinanciamento por parte da União, e a história parece que já nos deu lição sobre isso.

Diante da permanência das incertezas no financiamento do SUS, uma tarefa seria a de pensar a retomada da relação de forças pelo lado do movimento em defesa do “princípio da construção da universalidade”. Isso significa

¹⁹ Esse Decreto regula a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica do SUS), e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>>.

começar um debate sobre possíveis fontes alternativas de financiamento para a saúde universal, com a apresentação de propostas que se pautem pela análise aqui feita. É o objeto da última seção deste capítulo.

2.5. Propostas para fontes alternativas de financiamento para a saúde universal

Diante da predominância de políticas macroeconômicas restritivas adotadas pelos governos FHC e mantidas pelos governos Lula, em consonância com a dominação do capital portador de juros no capitalismo contemporâneo, o trajeto do financiamento da Seguridade Social em geral e do SUS, em particular, tem permanecido sob completa tensão. Não foi à toa que o tema do financiamento destacou-se na agenda de problemas no âmbito da saúde universal, nos anos 1990 e 2000. A um tempo em que se desenvolve o SUS, com base nos princípios de um sistema público e universal, não se percebe melhoria na situação econômica, agravando-se a crise fiscal e financeira do Estado e levando os governos federais, em especial os do período Lula, a limitarem o aporte de recursos para a Seguridade Social e para a saúde.

As possibilidades de valorização dos direitos universais à saúde, por meio da prioridade ao financiamento do SUS podem ser alcançadas por outros percursos. É claro que a opção do projeto do governo federal deveria ser em outra direção: elevar a saúde universal à condição prioritária de suas políticas. Isso porque os novos compromissos deveriam estar condicionados à busca de uma proteção à atual crise mundial e de construção de um projeto de desenvolvimento econômico e social, o que implicaria a ruptura da lógica da política econômica perseguida pelos governos Lula, em aliança com os interesses do capital portador de juros. Uma possibilidade concreta desse projeto seria buscar a construção de consensos às políticas e instituições responsáveis pelas políticas universalistas, assegurando o modelo de desenvolvimento econômico com ampliação dos direitos sociais. Para tanto, a partir da valorização de um “princípio de construção da universalidade” são sugeridas as seguintes propostas:²⁰

²⁰ Algumas dessas propostas foram apresentadas pelo Fórum em Defesa do SUS e contra a Privatização e aprovadas na 14.ª Conferência Nacional de Saúde, de 30 de novembro a 4 de dezembro de 2011 (contidas em documento da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br>>).

a) Ampliar a defesa pela construção de uma política macroeconômica que supere o quadro da política mantida pelos governos Lula, apoiada no regime de metas para a inflação, enfrentando os interesses daqueles que se beneficiam dos juros elevados e da insensatez da valorização de nossa moeda. Para isso, será necessário reconhecer que as decisões das políticas econômicas procurem sempre privilegiar os interesses sociais, no sentido de garantir uma proteção social (direitos sociais) de forma mais segura e definitiva, de modo que assegure maior sustentação financeira para a seguridade social e para o SUS.

b) Perseguir na defesa pela meta de aplicar, no mínimo, 8,3% do PIB em ações e serviços de saúde pública (média dos países com sistemas universais), garantindo a universalidade da saúde brasileira (SUS).

c) Assegurar a universalidade, principalmente no cenário da crise mundial no capitalismo contemporâneo sob o domínio do capital portador de juros, a fim de garantir mais recursos, por meio de propostas alternativas de financiamento, sem abrir mão da manutenção do financiamento da seguridade social. Tais propostas poderiam ser discutidas e apresentadas:

c.1) a ampliação da alíquota da CSLL para instituições financeiras (atual 9%);

c.2) o aprofundamento dos mecanismos de tributação para a esfera financeira, por meio da criação de um Imposto Geral sobre a Movimentação Financeira (IGMF) e a tributação das remessas de lucros e dividendos realizadas por empresas multinacionais, atualmente isentas na legislação;

c.3) o estabelecimento da Contribuição sobre Grandes Fortunas com destinação para a Seguridade Social (projetos já existentes na Câmara Federal).

d) Buscar o entendimento sobre o fim das isenções do Imposto sobre a Renda de Pessoa Física (IRPF) com despesas médicas e do Imposto sobre a Renda de Pessoa Jurídica (IRPJ), das empresas que prestam assistência médica a seus funcionários. Assim recuperem-se as propostas de 1994 apresentadas pelo Conass e pelo programa do PT, esquecidas desde então, conforme mencionada na seção 2.2 deste trabalho.

e) Estabelecer uma política de renúncia fiscal para entidades sem fins lucrativos e para a indústria farmacêutica, sem prejuízo da capacidade de gasto do Estado, especialmente nas políticas de direitos sociais, como a saúde (comentado na seção 2.3).

f) Resistir à aprovação da Reforma Tributária do Governo Lula, não permitindo o desmonte da pluralidade e a exclusividade das fontes de financiamento da Seguridade Social (apresentada na seção 2.3, no item 2.3.2).

g) Rejeitar a permanência da DRU como forma de não prejudicar a “saúde” financeira do Orçamento da Seguridade Social (discutido prioritariamente na seção 2.2).

Essas medidas, somadas à garantia de um mínimo de compromisso do governo federal (que a proposta de regulamentação da EC-29 pressupunha ser de 10%, no mínimo, de sua Receita Corrente Bruta), podem abrir caminho para o país, de fato, instituir o Direito Universal à Saúde, aproximando sua despesa, como proporção do Produto Interno Bruto, daquela de países que têm um sistema público universal de saúde.

Considerações finais

As razões que nos levaram a analisar o processo institucional do financiamento da saúde pública, entre o período pós-Constituição e o fim da década de 2000, remontam a inquietações surgidas há muito tempo como pesquisador desse tema e que ainda permanecem. Pois, além dos interesses de um pesquisador, mantemos com firmeza a nossa posição ao lado de todos que estão convencidos que a saúde universal no nosso país não pode ser desmontada. Não conseguimos ser atraídos por uma visão equivocada, quase dominante, acerca da impossibilidade de uma transformação radical, da impossibilidade de construção de um consenso na sociedade de que o SUS é um direito de todos e um dever do Estado e da impossibilidade do respeito a um financiamento solidário pelos gestores do SUS, especialmente pelo governo federal. A um só tempo, temos conhecimento que não se vê o antagonismo que permeia toda a nossa sociedade. É por isso que concordamos com Žižek quando, ao citar Lacan, argumenta que esse grande autor da psicanálise propicia estratégia para superar esses obstáculos ideológicos, pois ele “substitui a fórmula ‘tudo é possível’ pela constatação ‘o impossível acontece’” (Žižek, 2010, p. 13).

Ao sustentar esse pensamento, optamos por formular algumas perguntas necessárias que pudessem manter acessa a nossa incomformidade com a realidade do financiamento do SUS, com fontes insuficientes e inseguras há mais de vinte anos. Desse modo, este trabalho indaga: Como explicar a existência dos impasses no financiamento do SUS e por que eles permaneceram por mais de duas décadas?

Assim, para lidar com essa questão mais geral, a intenção é reconstruir o processo institucional do financiamento da saúde pública brasileira, entre o período pós-Constituição até a regulamentação da EC-29, isto é, vinte e três anos, procurando identificar os conflitos e as incertezas que ainda rondam a sua estrutura, em termos de assegurar a universalidade do acesso e da cobertura do nosso sistema. Com esta perspectiva, partimos da hipótese de que compreender os impasses do financiamento do SUS nesse período somente seria possível se articulássemos dois planos de análise: de um lado, as consequências perversas da política macroeconômica restritiva desenvolvida pelo governo federal ao longo dos anos 1990 e 2000, criando intensos embates, e de outro, os efeitos da dinâmica do movimento do capital contemporâneo, que esteve sob o comando do capital portador de juros e sua insaciabilidade pela apropriação dos recursos do fundo público da seguridade social e da saúde, sobrepujado pela potência da forma assumida pelo capital fictício.

Começamos nossa análise, no capítulo 1, pela compreensão do segundo plano, isto é, da dinâmica da valorização do capital, à luz de referência teórica marxista. Destaque-se que buscar a compreensão das características do capitalismo contemporâneo financeirizado seria necessário para entender os próprios fundamentos da dinâmica do movimento do capital. Isso somente seria possível se revelássemos, de início, a maneira como Marx expõe esse processo. Para esse autor, não há definições de conceitos previamente demarcados, mas a identificação de fenômenos e processos batizados com determinados nomes. As definições somente capturam o que está estático, o que não é o caso do capital, que necessita do movimento para buscar sua valorização e acumulação. Nessa perspectiva, insistimos na necessidade de compreender o método dialético de Marx para enxergar a fluidez do movimento contraditório da dinâmica capitalista.

Tratamos, ainda que de forma resumida, de descrever o processo de valorização do capital (a lei do valor). Compreender como Marx expõe o surgimento do capital, identificando como o dinheiro se transforma em capital, com a retomada do seu conceito de valor. Para tanto, foi necessário comentar a importância da produção da mais-valia, tendo o valor-trabalho como determinação principal das relações sociais de produção e desenvolvimento das forças produtivas. Com base nisso, pode-se então discutir as formas assumidas pelo capital, ressaltando a natureza do capital industrial,

148

do capital comercial e do capital portador de juros, bem como da forma assumida por este último como capital fictício. Foi dada ênfase ao crescimento e a função determinante do capital fictício na determinação das relações econômicas e sociais no capitalismo contemporâneo.

Ao se compreender a ideia mais geral sobre o capital fictício, não é possível que seja confundido com o capital portador de juros, conforme Marx ilumina. Uma vez que esse último constitui uma das formas de função e autônomas do capital industrial, ao lado do capital comercial. Vale reiterar que enquanto o capital portador de juros desempenha função útil e indispensável à circulação do capital industrial, ainda que seja imprudente, não pode ser considerado parasitário, como o é a sua forma de capital fictício. Deste modo, conclui-se, de modo sintético, que o capital fictício constitui uma decorrência do capital portador de juros, ou mesmo, das formas que podem ser assumidas por ele. Neste sentido, o que deve ser entendido sobre o movimento do capital refere-se à compreensão de sua lógica mais geral, isto é, do entrelaçamento de suas formas de função e autônomas de capital industrial e do resultado decorrente do capital portador de juros, na forma adquirida de capital fictício, ainda que este último não integre essas funções do capital produtivo.

Com base nesta exposição, reforça-se a compreensão sobre a natureza do processo experimentado pelo capitalismo nas últimas décadas, em que ocorreram os impasses do financiamento do SUS, quando o capital portador de juros – mais especificamente em sua forma de capital fictício – assumiu a posição central no mundo contemporâneo. Fez-se questão de enfatizar que o poder dominante do capital portador de juros, especificamente do capital fictício, não tem referência a um processo distorcido do capitalismo atual, mas, sobretudo, faz parte do desenvolvimento lógico da busca de valorização desse capital. É, como argumentado por Caranholo e Nakatani (1999), essa valorização pode inclusive se constituir numa valorização fictícia, sem contrapartida em produção de mais-valia, e funcionar de forma especulativa e parasitária.

Isto tudo entendido, torna-se mais precisa a utilização da ideia sobre a relação entre os embates do financiamento da saúde pública brasileira e a dominância do capital portador de juros, que se apropriou de recursos esterais no decorrer das últimas décadas. Em realidade, este trabalho de aproximação do entendimento da dinâmica do capital, representou um

149

esforço dirigido àqueles que, insatisfeitos com a imprecisão das expressões “capital financeiro” ou “financeirização”, não se contentam com a utilização de termos mais gerais e evidentes para explicar a fase atual do capitalismo. A ênfase de alguns autores está posta no perverso papel que o capital financeiro vem exercendo e, portanto, bastaria contê-lo por meio de mecanismos de controle que, daí em diante, seriam acertados os passos para o melhor desenvolvimento do capitalismo. Diferentemente desta visão, ressaltamos que a perversidade é do próprio movimento do capital e não somente do capital financeiro. Lembremos que ele, o capital portador de juros, não está dissociado dessa busca pela valorização. Ademais, a valorização fictícia é bem real para os que dela usufruem, incentivando sua expansão.

Se a dominância do capital portador de juros, na sua forma fictícia, não fez parte de todos os momentos do capitalismo é porque foram colocados obstáculos a seu desenvolvimento, resultado de relações de forças históricas e econômicas específicas, como no período dos anos gloriosos do pós-1945 até meado dos anos 1970. Tratamos, inclusive, de especificar que o processo de liberdade e retorno do capital portador de juros, como força predominante, foi construído historicamente, desde o fim dos anos 1960, passando pela reciclagem dos petrodólares, desde 1976, criando as atividades dos países latino-americanos, até atingir seu auge nos anos 1990. É a partir desses últimos anos que se inicia a terceira etapa da acumulação financeira, marcada pelo agigantamento da esfera financeira, como assinalou Chesnais (2005). Isso só foi possível pela existência de políticas econômicas, a partir desse momento, caracterizadas pela desregulamentação, descompartimentalização e desintermediação, criadas e incentivadas pelos Estados Unidos e Inglaterra a todos os países interligados pelos seus sistemas financeiros, inclusive o Brasil, que não conseguiu escapar a esse processo.

Foi desse entendimento preciso do domínio do capital portador de juros no capitalismo contemporâneo, principalmente por seu caráter de exterioridade à produção, que impôs a essa última algumas medidas como: precariedade do trabalho, diminuição de salários e introdução de novas tecnologias para sua valorização, que descrevemos nossa discordância com alguns intérpretes sobre a crise atual. Esses enfatizam que sua natureza é financeira, e que ela contaminou a base da economia real, e que os problemas do endividamento dos países europeus e dos Estados Unidos se resolveriam com cortes do gasto público e, sobretudo, social. Ao contrário, fize-

mos questão de frisar que a crise atual é uma crise do capital e não uma crise provocada por uma disfunção qualquer, ou pela simples desregulamentação dos mercados ou pela ganância das instituições financeiras e dos rentistas. Assim, foi possível compreender que, se a saúde no mundo em geral e no Brasil, em particular, nesses anos de crise do capital, vem sofrendo diminuições e/ou apropriações dos seus recursos financeiros, não é porque o capital financeiro tem ficado livre, menos “amarrado”, mas porque faz parte da própria lógica do desenvolvimento do capital, sob o comando do capital portador de juros. Trata-se de um capital que assegura elevadas taxas de rentabilidade, até que suas bases comecem, sustentadas por capital fictício, a ruir a complexa relação de cobertura montada nessas últimas duas décadas, revelando que se trata de uma crise de superprodução e de lucratividade, como foi observado por Callinicos (2010), na seção 1.3 deste trabalho. Mas essa crise não se demonstra apenas em termos de expansão da capacidade ociosa da indústria. A rigor, além de gerar muito desemprego, o capital fictício acumula-se na esfera financeira, apoiado no crescimento do valor acionário da dívida pública e dos derivativos.

Procuramos acrescentar à nossa análise de interpretação sobre a crise, ao contribuir para uma reflexão do complicado “lugar” que a saúde universal vem ocupando – perda de sua valorização –, que a fase do capitalismo financeirizado expõe a face de uma crise mais ampla, que precisa ser analisada sobre a dimensão de manter a sociedade num “estado de emergência permanente”. Esse argumento foi apoiado na análise de Žižek (2008). Para esse autor, a ideia remete às repercussões da “eternização” da circulação do capital, intrínseco a ele, em que indica que o movimento do capital não tem limites, agravado por essa insaciabilidade do capital portador de juros no momento contemporâneo. Deste modo, há uma crise forte na sociedade atual, de tamanha significância, que explica seus valores de “pulso de morte”, como argumenta Žižek. A “pulso de morte” mostra este estado de emergência permanente nessa etapa do capitalismo, em que o verdadeiro princípio da vida social, no movimento especulativo do dinheiro que gera mais dinheiro ($D-D'$), somente sobrevive com o seu próprio excesso. Nesta linha de reflexão, admitimos ser “compreensível” a busca por “comprar e comprar” saúde no mercado. Esta talvez seja a face perversa do capitalismo atual que, para Žižek, permite entender a natureza da política, isto é, a busca pelo valor do prazer ilimitado pelo consumo. Enfim, para esse

escritor, a era contemporânea, por remeter a política a essa escala, é desprovida de um sentido de mundo. Assim, indagamos: Como esperar que a sociedade e o Estado possam ir em defesa de uma “política” “universal” de saúde?

No contexto do capitalismo contemporâneo financeirizado e na atual crise do capital, questionou-se, no fim do capítulo 1, sobre as fragilidades que o fundo público social, ou melhor, da seguridade social e da saúde vêm sofrendo. Até que ponto o tratamento atribuído por Oliveira (1998) ao conceito de “antivalor” do fundo público vem perdendo força, pois tem sido recorrente a apropriação de recursos, do fundo público “Orçamento da Seguridade Social (OSS)”, com a permanência da DRU há mais de 17 anos, que retira 20% de seus recursos todo ano para a manutenção de superávits primários e pagamento de juros da dívida?

Depois de ampla análise da interpretação de Oliveira, bem como de um de seus críticos mais diretos sobre a ideia de antivalor do fundo público, isto é, Behring (2009), ressaltamos o seguinte aspecto: pode-se entender o fundo público como um “antivalor” no período de vigência do Estado de Bem-Estar Social nos países do capitalismo avançado, à medida que são asseguradas políticas sociais universais aos trabalhadores e, também, principalmente, pelo delineamento da Constituição de 1988, ao instituir direitos sociais, especialmente pela seguridade social e seu orçamento específico. Muito diferente, é a situação que se configura com a nova fase do capitalismo, sob o poder dominante do capital portador de juros, e a expressão da crise atual. Nesse cenário, o fundo público social, mais especificamente o Orçamento da Seguridade Social vem sofrendo pressões por ceder intensamente os seus recursos para a valorização do capital – a DRU. Daí a pergunta que fica: É possível ressaltar a atualidade do caráter de “antivalor” do fundo público? Sugerimos que a ideia de antivalor, nesse contexto recente, fosse mais bem analisada, pois percebe-se que os direitos sociais têm sido postos em risco no país, especialmente a saúde universal.

Nesta perspectiva de perdas para a saúde, passou-se a analisar os diversos embates políticos e econômicos nos tenses caminhos trilhados pelo processo institucional do financiamento do SUS, da Constituição de 1988 até o momento. E esta foi a tarefa para a construção do capítulo 2.

Reconhece-se, de início, na análise deste capítulo, que para o entendimento do que está em disputa quando se discute os recursos financeiros

para a saúde, deve-se ter muito presente o seguinte pano de fundo: o padrão de proteção social que garantiu o direito da universalidade da saúde pública no Brasil, desenvolveu-se, em relação aos países desenvolvidos, de forma “tardia”, tanto em relação ao tempo como ao momento histórico que lhe fundamentou. Diferentemente do que ocorreu no período em que a proteção social do Estado de Bem-Estar Social europeu e estadunidense se desenvolveu, não existir mais o capital industrial comandando a dinâmica capitalista. Vimos, repetidas vezes, que desde o início dos anos 1980, principalmente, o capital portador de juros retornou potente e duradouro e que ele determinava as relações econômicas e sociais do capitalismo contemporâneo. Em realidade, no momento em que os constituintes redigiram a Constituição Cidadã de 1988, o país já sentia os efeitos dos constrangimentos causados pelo capital portador de juros, especialmente na apropriação dos recursos do orçamento do Estado já há algum tempo. A rigor, esse quadro geral somente se intensificou nas décadas de 1990 e 2000.

É nesse cenário macroeconômico de obstáculos para a economia brasileira e de um Estado manietado pelo comando da insaciabilidade do capital portador de juros que a Constituição de 1988 introduziu o conceito de seguridade social e definiu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Ressaltou-se que, ao contrário do que ocorreu quando houve a universalidade da saúde nos países desenvolvidos europeus, o Brasil não mais crescia de forma duradoura, seu Estado estava encolhido fiscal e financeiramente em relação a seu passado.

A crise do financiamento do SUS, no cenário de dominância financeira, transcorreu sob longo processo de conflitos e embates. Em verdade, para começar a entender as diversas tensões nos caminhos institucionais do SUS, inspiramo-nos na ideia de um duplo movimento pendular e contraditório entre as forças em torno da área da saúde, desde a Constituição, arrastando-se até a aprovação da regulamentação da EC-29, em dezembro de 2011. Procurou-se mostrar que, a um tempo em que se vai desenvolvendo uma saúde universal, sustentada no movimento que denominamos de “princípio da construção da universalidade”, agravam-se as finanças do Estado, criando limites para o aporte de recursos para a saúde. Assim, as decisões de uma política econômica restritiva/neoliberal, sustentada pelo outro movimento, por nós denominado de “princípio da contenção do gasto”, manteve-se muito firme durante todos os anos 1990

e 2000. É nesse campo de enfrentamento desses movimentos que se assis-
tiu à fragilidade do financiamento da seguridade social, ao perder recursos
de forma sistemática por meio do mecanismo da DRU e sua renovação
periódica nesses anos. Acrescenta-se a esse quadro, as medidas do governo
federal para remanejamentos e cortes no orçamento da seguridade social e
da saúde, em particular, muitas vezes justificadas pelos problemas de caixa
que a previdência social apresentava ou pelos riscos que as contas gerais do
governo teriam, em razão de problemas para assegurar uma escala de su-
perávit primário condizente com as exigências do mundo da finança.

Fez-se questão de enfatizar que o problema do financiamento do
SUS decorreu, em larga escala, no plano específico e interno do país, da
decisão, e não somente de imposição externa, da manutenção de uma
política econômica do governo federal, durante esses mais de vinte anos.
Tal política tem sido sempre destinada ao cumprimento de metas de in-
flação e de superávits primários, resultando em forte redução de despesas
das políticas de direitos sociais, com montantes insuficientes e inseguros
para a saúde pública.

Diante da predominância dessas políticas macroeconômicas neoli-
berais adotadas pelos governos FHC e mantidas pelos governos Lula, em
consonância com a dominação do capital portador de juros no capitalismo
contemporâneo, o trajeto do financiamento da Seguridade Social e do SUS,
em particular, permaneceu sob grande tensão. Não foi à toa que o tema do
financiamento não foi retirado da agenda de problemas no âmbito da saú-
de universal, durante todo esse período.

Como tratou-se de realçar neste trabalho, os conflitos entre os dois
princípios comentados não permitiram assegurar uma política de direito
universal da saúde. Salientou-se que, entre 1989 e 1993, os embates já
eram intensos. Além da não consideração pelo governo federal dos 30% da
Seguridade Social que deveria ser destinada à saúde, conforme o Ato das
Disposições Constitucionais Transitórias, houve certa especialização das
fontes da Seguridade Social. O orçamento federal passou a destinar a maior
parte dos recursos da Cofins para a saúde, da Contribuição sobre o Lucro
para a assistência social e das contribuições de empregados e empregado-
res para a previdência social, que em realidade contou, de modo exclusivo,
com essas últimas fontes a partir de 1993. Essa maneira de utilização das
fontes de financiamento da Seguridade Social rompeu com o conceito de

um orçamento único para as três áreas dela integrantes, desrespeitando a
ideia que inspirou sua criação: a visão de lidar com os riscos sociais de forma
integrada.

Entre 1993 a 2000 (criação da EC-29), mostrou-se que as tensões
no financiamento do SUS ganharam proporções ainda mais amplas. Lem-
bramos de modo resumido nossa descrição sobre esse período. Entre os
vários constrangimentos narrou-se os seguintes eventos: *a*) a criação da
DRU em 1994 e vigente em 1995, resultando em perda de recursos para
a Seguridade Social de cerca de R\$ 467 bilhões, entre 1995 a 2010; *b*) a
aprovação da CPMF em 1997 com fonte exclusiva para a saúde, mas a
retrada de parte das outras fontes desse setor não contribuindo assim para
o acréscimo de recursos que se esperava, porém essa fonte permanece por
dez anos, até 2007, quando foi rejeitada no Congresso Nacional; *c*) a apro-
vação da EC-29 em 2000, vinculando recursos para a saúde, porém com
indefinições sobre quais despesas deveriam ser consideradas como ações e
serviços de saúde e o que não poderia ser enquadrado nesse âmbito, além
de dispor de método conflitante de cálculo para aplicação dos recursos da
União, isto é, o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nomi-
nal do PIB e, ainda, não esclarecendo a origem dos recursos no tocante à
seguridade social, ignorando o intenso embate por seus recursos; *d*) as
permanentes investidas da equipe econômica do governo federal contra a
vinculação de recursos para a saúde, ao procurar introduzir itens de despe-
sa não considerados gastos em saúde no orçamento do Ministério da Saú-
de, como o pagamento de juros e da aposentadoria de ex-funcionários
desse Ministério, além de outros; *e*) a pendência da regulamentação da
EC-29 durante oito anos no Congresso (entre 2003 a 2011), provocando
perdas de recursos para o SUS e o enfraquecimento do consenso obtido
quando de sua aprovação; *f*) a ameaça da proposta de reforma tributária do
governo Lula, prejudicando o financiamento da seguridade social, em es-
pecial por meio da extinção das contribuições sociais, tornando todas as
fontes agregadas por somente três impostos: Imposto de Renda (IR), Impo-
sto sobre Produtos Industrializados (IPI) e Imposto do Valor Adicionado-
Federal (IVA-F), o que impediria a vinculação de recursos para a segurida-
de social; *g*) a permanência das incertezas do financiamento do SUS com o
estabelecimento da regulamentação da EC-29, por meio da Lei Comple-
mentar n.º 141/2012, que não conseguiu resolver o problema da insuficiência

de recursos da saúde pelo governo federal, mantendo o método de cálculo conflitante para aplicação de seus recursos.

Não deixamos de insistir neste trabalho que as tensões no financiamento do SUS não foram poucas, em realidade mantiveram-se constantes e cada vez com maior intensidade no âmbito do governo federal. Constatou-se que as disputas por recursos estiveram presentes antes e depois do estabelecimento da EC-29, isto é, durante as resistências dos governos FHC, nos anos 1990, por assegurar recursos compatíveis à universalidade e houve omissão dos governos Lula, entre 2003 a 2010, em elevar a saúde pública à condição de política prioritária, postergando qualquer decisão mais enfática sobre o desempenho do governo federal na aplicação de recursos em ações e serviços de saúde. Para ilustrar essas afirmações, ressaltou-se que, em 1995, foram gastos pelo governo federal na proporcção do PIB, cerca de 1,75% com ações e serviços de saúde. Passados quinze anos (2010), essa proporcção praticamente se manteve, ou seja, os governos FHC e Lula pouco fizeram para modificá-lo.

Vimos que os governos Lula, desde o seu início em 2003, tentaram completar as reformas que seu antecessor havia deixado incompletas, principalmente no âmbito da previdência social – restringindo-a ainda mais – e na saúde, por meio do adiamento de soluções de um financiamento compatível com a construção de uma política universal. Em realidade, isso foi possível pela execução de uma política econômica que tinha como principais objetivos cumprir metas de inflação e realizar superávits primários substanciais, com cortes nos gastos sociais, favorecendo largamente os interesses do capital financeiro nacional e internacional, permitindo, de um lado, alto rendimento pela manutenção de elevadas taxas de juros e tornando possível um lucro exorbitante do sistema financeiro, e de outro, uma expansão do agronegócio. Mostrou-se que essa política econômica somente não foi seguida em 2009, em razão de repercussão significativa da crise econômica internacional, mas esteve presente ao longo de todos os outros anos, inclusive no último ano do governo Lula, em 2010.

Apesar do avanço que significou a criação do SUS e seus efetivos resultados para a sociedade brasileira, em duas décadas de existência, firmamos que os governos Lula mantiveram a mesma tensão presente nos anos que se seguiram à Constituição de 1988: o embate entre a tentativa de construir a universalidade e o da contenção de gastos. Este conflito

156

continuou aberto nos governos Lula e mostrou-se longe de ser resolvido no primeiro ano do governo Dilma Rousseff, haja vista o teor que descrevemos acerca do conteúdo aprovado na Lei Complementar n.º 141/2012. Seu resultado diz respeito a uma indefinição quanto ao lugar de um sistema público universal nos cuidados com a saúde, predominantemente do governo federal – incertezas de suas fontes. Desse modo, é possível entender o porquê de o SUS não ter, até o momento, conseguido definir fontes consistentes e seguras para seu financiamento e não dispor de um gasto público em saúde (apenas cerca de 4% do PIB – 2009), condizente com a média dos demais países que dispõem de sistema semelhante (8,3% do PIB) – dado repetidamente informado neste trabalho.

Em síntese, procurou-se dar ênfase que, para enfrentar essa situação, teria sido importante que o governo Lula, antes mesmo de aumentar recursos, tivesse considerado a saúde como prioridade no âmbito do tratamento das políticas sociais, valorizando-a como um direito social universal.

Depreendemos da análise realizada que a prioridade dada ao capital portador de juros no país, nos governos FHC e em continuidade nos governos Lula, sustentou a permanência de uma política econômica neoliberal que trouxe várias consequências às políticas sociais de direitos, diminuindo inclusive o seu conteúdo de política. Tal conteúdo pode ser associado à ponderação que Maar faz da contradição da política nesse contexto, pela indagação: “por que a política, por mais que hoje seja orientada aos excluídos, se torna simultaneamente também cada vez mais excludente?” (Maar, 2007, p. 114). As políticas macroeconômicas adotadas levaram – e ainda levam – à diminuição dos gastos públicos com direitos sociais, em destaque na saúde, aumentando os riscos da “desuniversalização” e “assistencialização” das políticas sociais. Tais expressões foram emprestadas de Behring (2009), justamente por contribuírem para essa ideia sintética e preocupante. Para a autora, elas esclarecem os efeitos das políticas neoliberais, materializados por meio dos cortes nos gastos sociais, ao contribuir para o equilíbrio financeiro do setor público.

Vive-se, no momento dos pós-anos Lula, um estado de afastamento da efetivação da política de direitos universais da saúde, o que vem determinando as difíceis condições de financiamento do SUS e da Seguridade Social. Mas, até que ponto esse quadro apresenta condições de alteração

157

no contexto tardio de nosso padrão de proteção social, em que foi instalado o SUS público e universal, nessa etapa do capitalismo financeirizado?

Identificou-se neste trabalho que o caráter de nossa proteção é “tardio” porque é “limitado” e “particular”. Sintetize-se claramente: ele é limitado porque o capital portador de juros impõe condicionantes de apropriação do fundo público da saúde; e, em momentos de crise do capital, essa situação é muito mais agravada. Ele é particular, por que a magnitude das tensões no “núcleo duro” do poder da política econômica impõe retrocessos, ao tornar frágil a possibilidade de construção do consenso na sociedade brasileira de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Parece-nos, então, importante, para a nossa reflexão ao término dessas “considerações finais”, inspirarmos-nos nas indagações de Castel (2005), mencionadas neste trabalho, e mantê-las presentes e adaptadas à nossa realidade: Como garantir uma proteção social para toda a sociedade brasileira neste cenário? Como assegurar fontes de recursos suficientes e seguras para a saúde pública brasileira, no âmbito desse Estado manietado por contrangimentos da dinâmica do movimento do capital na contemporaneidade?

Enfim, inspirado pela ideia-força de Žižek, comentada no início destas “considerações finais”, de que ‘o impossível acontece’, é que se procurou apresentar, na última parte do capítulo 2, algumas propostas de fontes alternativas de financiamento para a saúde universal. Entendemos que elas possam vir a contribuir para manter vivo o debate e o confronto permanentemente entre os diferentes interesses das classes sociais na sociedade brasileira.

Assim disposta, a revisão crítica dos *tempos turbulentos* do processo institucional do financiamento da saúde pública brasileira e a apresentação de algumas fontes alternativas para o seu enfrentamento, aqui propostas, abre, no plano da reflexão – com destaque para os alunos do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo, a quem este trabalho foi destinado prioritariamente –, novas questões, recolocam-se antigas, sugerindo ampla possibilidade de futuras pesquisas. Se assim for, estamos compensados pelo esforço desenvolvido, com a esperança de que a saúde não fique à deriva de um mar de incertezas.