

## Capítulo 2

A mercantilização da saúde

Maria Valéria Costa Correia

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CORREIA, MVC. A mercantilização da saúde. In: *Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 29-52. ISBN: 978-85-7541-522-1. Available from: doi: [10.7476/9788575415221](https://doi.org/10.7476/9788575415221). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/qycmp/epub/correia-9788575415221.epub>.

---



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

### Na Trajetória da Previdência Social

Durante as primeiras décadas do século XX, a atuação do Estado na área da saúde se deu sob a forma do sanitarismo campanhista, que eram ações de combate a endemias ou de controle de doenças nas áreas de produção, para salvaguardar o modelo econômico agroexportador. Tais ações baseavam-se em uma estrutura militarista e integravam programas verticais.

Com a gradativa mudança do modelo agroexportador de Estado oligárquico para o Estado burguês, após o início do processo de industrialização, surge o proletariado urbano, com novas demandas. A atuação do Estado não mais visava a evitar endemias, mas a recuperar a saúde da classe trabalhadora em ascensão, com o objetivo de manter e restaurar a capacidade produtiva necessária à acumulação de capital. Assim, o sanitarismo campanhista foi substituído por políticas previdencialistas estendidas às categorias de trabalho com maior grau de importância para a produção.

Nos anos 20, a assistência à saúde esteve vinculada à previdência social, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que prestavam serviços médicos a filiados e seus dependentes.

As CAPs eram organizadas por empresas, mediante um contrato obrigatório com os seus trabalhadores, que passavam a ser contribuintes para obterem os serviços por ela prestados: benefícios (pensões e aposentadorias) e assistência médica. As empresas ofereciam esses serviços médicos através da compra de serviços privados, credenciando médicos. Foi aí que se originou a privatização da assistência médica no Brasil, “sob a égide da política previdenciária instituída pelo Estado e sem ônus para os cofres públicos” (Cohn, 1996:14).

A partir dos anos 30, o sistema previdenciário é alterado. Com o processo de industrialização, desenvolve-se o proletariado urbano e, com ele, novas demandas. O Estado passa a assumir a ‘questão social’ como âmbito de intervenção estatal por meio de políticas assistencialistas/previdencialistas.

As CAPs são progressivamente unificadas, entre 1933 a 1938, e se integram aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP). Esses institutos, de âmbito nacional, congregavam os trabalhadores por categorias profissionais e eram administrados com a participação do Estado, o que os diferenciava das CAPs.

O direito aos benefícios e aos serviços de saúde continuou condicionado à existência de um contrato de trabalho e tinha caráter contributivo. Esses direitos diferenciavam-se por categoria, em relação à qualidade dos serviços e à quantidade de alíquotas de contribuição.

A vinculação entre direito e condição de trabalho contratual caracterizava o que Wanderley Guilherme dos Santos (1987) denominou ‘cidadania regulada’. Só era cidadão com direitos reconhecidos quem tinha uma ocupação oficialmente legalizada.

Cohn considera que com a criação dos IAPs houve um retrocesso em relação às CAPs, pois “a contribuição dos empregadores, que era um percentual sobre o faturamento da empresa, passa a ser um percentual sobre a sua folha de salários, com o que a receita dos institutos torna-se em função dos salários” (Cohn, 1996:16). Esse retrocesso só viria a ser corrigido na Constituição de 1988, que estabelece que a contribuição dos empregadores incida sobre o faturamento, o lucro e a folha de salários, recuperando, em certa medida, o modelo das CAPs.

É antiga a drenagem de recursos da previdência para outras áreas. Esse processo iniciou-se a partir do regime de capitalização adotado pelos IAPs. Esse regime foi concebido para suprir a crescente insuficiência da receita dos IAPs, vinculada aos salários. Nele, os recursos dos IAPs eram considerados capital. São exemplos dessa drenagem os empreendimentos na Companhia Hidrelétrica do Vale do São Francisco, na Companhia Siderúrgica Nacional, na Petrobras e na construção de Brasília. O regime de capitalização foi extinto na década de 60.

#### A previdência social

converteu-se num mecanismo de captação dos recursos dos trabalhadores – sob a forma de poupança forçada, representada pela alíquota de contribuição – para investimentos sobre os quais estes não tinham qualquer controle, o que demonstra a vulnerabilidade do seguro social de segmentos das classes assalariadas aos interesses econômicos e políticos das classes dominantes. (Cohn, 1996:17)

Com o golpe de 1964, incrementam-se a racionalização e a centralização do aparelho estatal no trato das políticas sociais, o que leva a uma maior especialização de cada órgão. São criados o Instituto Nacional da Previdên-

cia Social (INPS), em 1966, e o Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1974. Com a criação do INPS, unificaram-se os antigos IAPs e excluiu-se por completo a participação do trabalhador na gestão da previdência.

A instituição, em 1977, do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas),<sup>15</sup> ao separar em órgãos diferentes a prestação de benefícios da prestação da assistência médica passa a reconhecer “de fato a importância que a assistência médica previdenciária assume, como volume de recursos a ela destinado e como instrumento de barganha e de legitimidade política – até com traços que lembram a época populista” (Cohn, 1996:23). É assim que, ainda segundo Cohn,

se reafirma o sistema de proteção social brasileiro como um instrumento de poder clientelístico, paternalista e discricionário, envolvendo uma soma enorme de recursos que se esvaem na máquina burocrática, na política de favores, em investimentos eleitoreiros, seguindo, em suma, a tradição política nativa de apropriação privada da coisa pública. (Cohn, 1996:23)

Tal apropriação “não reside somente na modalidade política de manipulação da previdência social, como instrumento político, mas também na destinação de parcela significativa de recursos na compra de serviços privados” (idem, *ibidem*). Acelera-se o processo de repasse de recursos públicos para a rede privada.

Fleury (1996) caracteriza a intervenção estatal na década de 70 como privatista e excludente, com um modelo de assistência à saúde fundado em ações individuais médico-hospitalares, na prioridade à contratação do setor privado por meio da assistência médica previdenciária.

Ana Elizabete Mota afirma que, na década de 70, assiste-se, “sob os auspícios do regime militar e do milagre econômico, a uma relativa ampliação das políticas sociais e de seguridade social” (Mota, 1995:139), a exemplo do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), da renda vitalícia para os idosos, da previdência para trabalhadores autônomos e empregados domésticos, entre outros. Porém, a expansão dessas políticas se fez “mediante fragmentação dos meios de consumo coletivo, franqueando ao capital privado a prestação de serviços considerados rentáveis, como foi o caso da saúde, da educação, da habitação e do mercado de seguros” (idem, *ibidem*).

O processo de ampliação da oferta de serviços na área da saúde e da previdência social ocorreu com a participação do setor privado lucrativo. Isso se deu por meio da consolidação de “um pacto entre as empresas privadas e o Estado, em que é nítido o processo de privatização dos fundos públicos, via renúncia de contribuições sociais, isenção de impostos de renda e liberdade para inserir os custos da assistência na contabilidade empresarial” (Mota, 1995:140).

Foi o padrão de financiamento/utilização de recursos públicos que presidiu a expansão da economia nacional, sob orientação do Estado autoritário, que levou “à exaustão e aos impasses atuais de déficit e dívidas públicas interna e externa, à erosão da carga tributária bruta, à incapacidade de investimento do Estado e à inflação” (Oliveira, 1990b:71).

O setor saúde foi alvo importante desse processo de privatização do fundo público, pois eram repassados à iniciativa privada cerca de 80% da arrecadação da previdência social destinada à assistência médica, e os maiores beneficiados foram os grupos médicos privados, as indústrias nacionais e internacionais de medicamentos e equipamentos. Na década de 70, a rede privada chegou a ser financiada em mais de 80% pelo Estado (Luz, 1991).

Para fazer frente à realidade caótica da assistência médica e à hegemonia do modelo “médico-assistencial privatista” (Mendes, 1994) implementado, surge, na segunda metade da década de 70, em paralelo aos movimentos de contestação ao regime militar, o Movimento Sanitário, que busca um projeto contra-hegemônico na saúde, com base no fortalecimento da saúde pública e universal. Suas propostas se fortaleceram e ganharam aliados quando da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986.

Em 1988, em meio a fortes embates de grupos políticos divergentes, é institucionalizada, em parte, a proposta desse movimento para o setor saúde na nova Constituição Federal. Não se assegurou um sistema de saúde exclusivamente público, como defendia o Movimento Sanitário. A iniciativa privada ficou como complementar à rede pública mediante contrato de direito público, abrindo o precedente para o que já vinha acontecendo: a privatização dos recursos públicos por meio da compra de serviços privados.

Na nova Constituição, o setor saúde torna-se parte do tripé que forma o sistema de seguridade social e passa a ser um direito de todos e dever do Estado. Porém, não se definiu legalmente um percentual fixo do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para a saúde, ficando este à mercê de condições conjunturais.

## Na Trajetória da Seguridade Social

A Constituição de 88 incorporou um novo padrão de proteção social por meio de um sistema de seguridade social definido, no artigo 194, como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social”.

Temos legalizado, então, a partir de 1988, um sistema securitário semelhante aos dos países desenvolvidos, com o caráter de direito universal, mas não temos, na realidade, condições objetivas estruturadas para sua implementação.

No Brasil, aconteceu o contrário do que se deu nos países do *Welfare State*: em vez de acesso universal, ocorreu, de fato, a universalização excludente (Faveret, 1989). Pois, à medida que se criaram as condições para a inclusão das camadas populares anteriormente excluídas do sistema previdenciário – trabalhadores do setor informal e os não incorporados na produção –, também se criaram as condições para que os trabalhadores melhor remunerados fossem expulsos de tal sistema, o que os obrigou à compra de serviços no setor privado.<sup>16</sup> Incrementou-se, assim, a mercantilização da saúde e da previdência.

Essa expansão/expulsão do acesso aos serviços sociais se deu de forma coerente com o projeto neoliberal que influenciou a política econômica brasileira no fim da década de 80. Apesar de no Brasil não ter havido reformas sociais típicas do *Welfare State*, o paradigma da crise deste sistema refletiu-se no país, impondo reformas neoliberais, questionando o alto grau de intervenção estatal e exigindo sua diminuição. Reclamação fora de lugar, visto que aqui não se implantou de fato o acesso universal aos serviços sociais, nem uma regulação estatal, característica dos países desenvolvidos.

A universalização excludente foi um processo funcional no modelo de produção dos anos 80, voltado para o mercado externo, que, segundo Mota,

necessitou transformar a economia informal numa peça-chave para manter tanto o consumo popular (alimentando um mercado interno que não interessa ao grande capital) como a chamada terceirização da força de trabalho das grandes empresas. Nesse caso, os trabalhadores, juridicamente informais e partícipes dos grupos de mais baixa remuneração na escala salarial, passariam a ser sujeitos de uma melhor proteção. (...) Aos trabalhadores mais organizados e empregados na grande empresa, são ofertados serviços próprios das empresas. (Mota, 1995:175)

A seguridade social se configurou, na prática, na perspectiva de uma universalização excludente funcional neste modelo de produção, oferecendo serviços de saúde públicos, gratuitos e de baixa qualidade aos trabalhadores do setor informal e/ou mal remunerados e às camadas à margem do setor produtivo. E excluiu de tais serviços os trabalhadores mais bem remunerados pelo grande capital, obrigando-os a utilizar os serviços privados de saúde e previdência.

O sistema de seguridade social é híbrido: tem na sua origem uma base contributiva individual, de um lado, e, de outro, programas distributivos

assistenciais (Fleury, 1994). Essa base contributiva é a que mantém os serviços privados contratados pelas empresas por meio da retenção de parte do salário pago ao trabalhador. Deslocam-se os salários indiretos

de uma instância distributiva e pública para a esfera contributiva e privada. Tal deslocamento (...) transforma as exigências dos trabalhadores por bens e serviços necessários à reprodução de sua força de trabalho numa verdadeira estratégia de superexploração dos trabalhadores, já que os programas de benefícios permitem um amplo uso produtivo por parte das empresas, na medida em que conseguem operar uma vinculação entre usufruto dos serviços, disciplina no trabalho e retenção da mão-de-obra em cada uma das empresas ofertantes. (Mota, 1995:178)

Assim, “o capital enfrenta a luta ofensiva dos trabalhadores pela desmercantilização da reprodução da sua força de trabalho, com uma incorporação funcional aos seus interesses” (idem, *ibidem*).

Na realidade, a empresa constrói um novo modo de socialização dos custos da reprodução da força de trabalho, sob a forma de parcerias entre setor público e iniciativa privada, tão decantadas pelo pensamento neoliberal (Mota, 1995). Além disso, ao contrário da proposta fordista, a oferta de serviços assistenciais (saúde e previdência) pelas empresas não tem feito aumentar o consumo dos trabalhadores: tem acontecido “uma prática de baixos salários, compensada pela criação de serviços sociais que, na realidade, são bancados pelos próprios trabalhadores e com recursos que, a rigor, deveriam ser repassados ao Estado por intermédio dos impostos” (idem, *ibidem*).

A privatização da seguridade social foi imposta pelos que defendem a expansão do capital e, de certa forma, demandada e negociada pelos trabalhadores, à medida que a exigência por serviços privados passa a integrar suas pautas de reivindicações. Organizações como sindicatos, associações profissionais e funcionais, que articulam interesses, foram atravessadas pela tensão entre uma agenda publicista e negociações com empresas de serviços privados de saúde.

As convenções de quatro sindicatos em São Paulo na década de 80 fazem referência a convênios médicos, sem mencionar as pautas de política de saúde que considerassem as necessidades da população estruturalmente excluídas do processo produtivo. Já no final da década de 80, a demanda por serviços supletivos de saúde é componente implícito das negociações entre capital e trabalho (Costa, 1996).

A demanda por assistência médica diferenciada da oferta da previdência social e do SUS torna-se “item da agenda de negociação coletiva por força do

grande anseio por serviços sociais advindos das bases sindicais” (Costa, 1996:348). Vale ressaltar que tal demanda não é produzida espontaneamente, mas formada com base em um conjunto de contradições, o que permite que o capital também se beneficie dessa estratégia sindical (Mota, 1995).

Essas negociações por formas de seguro e serviços próprios das empresas, por parte das representações dos trabalhadores, fragilizam o modelo assistencial publicizado e universal proposto pela seguridade social e fortalecem as diferenciações no acesso aos serviços sociais estabelecidas conforme o tipo de inserção formal no mercado de trabalho. Reproduz-se, assim, o mecanismo de acesso diferenciado pelo poder de barganha característico do período corporativo.

O sistema de seguridade social apresenta ambigüidades que vão da tensão entre universalização e exclusão à tensão entre o caráter público e o privado. Legalmente, criou-se um padrão de proteção social universal e público, e na prática construiu-se um padrão de proteção social que exclui parcela da classe trabalhadora – que vem recorrendo, em larga escala, ao setor privado. Essas ambigüidades são resultado da tentativa de implantação de um “modelo de reforma universal/publicista em um contexto de democracia elitista e de uma política econômica altamente cerceada pelos compromissos internacionais e pela posição neoliberal de desestatização em favor do mercado privado” (Fleury, 1994:229).

Assim, esse modelo acaba sendo progressivamente superado “pela realidade de um modelo de política socialmente segmentado, apesar de inclusivo” (Fleury, 1994:229). Seria, ainda segundo Fleury, a falência “de uma Seguridade inconclusa e sua substituição por um padrão de inclusão segmentada”: não se cria igualdade por lei em uma sociedade em que a desigualdade social é exorbitante. A orientação de inspiração neoliberal imposta pela nova configuração geopolítica mundial se constitui uma barreira para que a seguridade social brasileira atinja um padrão universal e público.

Colocam-se em disputa duas propostas para a seguridade social no Brasil.<sup>17</sup> Uma preserva o que foi conquistado na Constituição de 88, ou seja, uma seguridade social pública e universal, defendida pelos trabalhadores, por intermédio da Central Única dos Trabalhadores (CUT) e pelos movimentos populares. A outra proposta representa um retrocesso em relação aos direitos adquiridos,<sup>18</sup> pois deixa ao mercado a regulação do acesso aos serviços da previdência e da saúde, cabendo ao Estado apenas a responsabilidade pela assistência social aos trabalhadores de baixa renda e aos excluídos do processo de produção. Esta última proposta é defendida pelo grande capital industrial e financeiro, por meio da Federação das Indústrias



do Estado de São Paulo (Fiesp), da Federação Brasileira de Associações de Bancos (Febraban) e do Instituto Liberal do Rio de Janeiro; pelos organismos financeiros internacionais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID); e pelos trabalhadores vinculados à Força Sindical.

A proposta do empresariado é acabar com a seguridade social nos termos da Constituição de 88 – um setor público de natureza contributiva e distributiva, conforme os princípios da universalidade, uniformidade, distributividade e equidade e, no que se refere à gestão, de caráter democrático e descentralizado. As propostas das agências internacionais preservam o conceito de seguridade estabelecido pela Constituição de 88, mas mantêm a defesa da privatização, transformando-o em serviço assistencial. Trata-se de uma postura vinculada às deliberações do Consenso de Washington,<sup>19</sup> em consonância com uma política geral de ajustes macroeconômicos. E a Força Sindical defende um projeto compatível com o do grande capital.

Do lado dos trabalhadores, a CUT tem resistido às propostas de reformas constitucionais apresentadas pelo grande capital e pelas agências internacionais. Para Mota (1995), a luta da CUT tem conseguido apenas criar um espírito de resistência entre os trabalhadores, insuficiente para uma ação mais ofensiva em torno de um projeto próprio para a seguridade social. Segundo a autora, o movimento organizado dos trabalhadores “necessita identificar os objetivos reais e pós-modernos do grande capital nacional e internacional para com a Seguridade Social brasileira” (Mota, 1995:229-230), dado que, com a implementação das referidas reformas, os trabalhadores passarão a ser os novos financiadores do capital.

Diante do estágio atual da crise, os empresários e banqueiros brasileiros, para obter recursos imprescindíveis ao restabelecimento do processo de acumulação, pretendem que o trabalho financie o capital. E, para tanto,

a fragmentação da previdência – previdência básica e complementar – é uma forma de apropriação de parte do salário dos trabalhadores assalariados que, a título de contribuição à previdência complementar, passam a constituir uma fonte de recursos para o grande capital. (Mota, 1995:230)

A mesma autora afirma que tal estratégia “situa as lutas *anticapitalistas* dos trabalhadores brasileiros, desenvolvidas ao longo dos anos 80 e objetivadas no consumo não-mercantil de bens e serviços sociais públicos” (Mota, 1995:230), e que o que a burguesia deseja é uma remercantilização da força de trabalho. Para ela,

o movimento organizado dos trabalhadores necessita, neste momento, resistir à fragmentação dos trabalhadores – assalariados da grande empresa, desempregados e pobres – e ter projetos diferenciados daqueles da burguesia, qualificando as suas demandas como exigências de classe e construindo, assim, a sua ‘civiltá’. (Mota, 1995:230)

No eixo das propostas de reformas constitucionais no sistema de proteção social feitas pelos representantes do grande capital, está a remercantilização dos bens e serviços sociais públicos. Nos países do *Welfare State*, a proteção social se desmercantilizou à medida que os benefícios sociais deixaram de depender do mercado, concretizando-se na esfera pública. No Brasil, neste campo, houve apenas uma luta anticapitalista por parte dos trabalhadores nos anos 80, em favor da desmercantilização da proteção social, fundamentada na concepção universalista dos direitos sociais.

## O Ideário Neoliberal na Saúde

O cenário da mercantilização da saúde brasileira nos remete à configuração do panorama econômico e político mundial dos anos 90, que tem suas raízes na crise do regime de acumulação fordista-keynesiano<sup>20</sup> ou do *Welfare State* dos anos 70, crise que desencadeou um processo de reestruturação capitalista, implicando transformações no processo produtivo e na regulação socioestatal.

O enfrentamento da nova crise cíclica do capital se deu, então, por meio da implementação da reestruturação produtiva com acumulação flexível, “automação, terceirização, associações supranacionais entre capitais, organização informacional” (Abreu, 1997:58), em paralelo à reedição do *laissez-faire* em um contexto de globalização.

Miglioli (1998:44) resume a política econômica proposta pelos neoliberais em três pontos:

redução do tamanho do Estado na economia (isto é, diminuição dos gastos públicos e da tributação e privatização das empresas públicas), desregulação das atividades econômicas (isto é, liberdade de ação para as forças do mercado), livre fluxo de mercadorias e capitais entre os países.

A progressiva transformação do capital em capital financeiro propiciou sua maior concentração e uma crescente unificação da burguesia nacional e internacional. Miglioli explica o atual domínio do liberalismo por essa união da burguesia e pelo seu poder, não só econômico, mas também sobre os aparelhos do Estado. Por meio destes, ou diretamente, tais grupos têm controlado os organismos internacionais, como, por exemplo,

a Organização das Nações Unidas – que, como o nome indica, deveria ser uma entidade plurinacional, (...) foi convertida numa agência diplomática dos Estados Unidos e seus aliados mais próximos, enquanto o Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial e a Organização Mundial do Comércio (sucessora do Gatt) põem em prática as diretrizes econômicas da burguesia (e desde o início já haviam adotado o liberalismo, antes que este se convertesse em doutrina dominante). (Miglioli, 1998:46)

Nesse contexto, tem se observado, do lado dos trabalhadores, uma política de acordos para manutenção de empregos e um refluxo dos movimentos sindicais diante do desemprego, que já é estrutural, e, do lado da burguesia, uma ofensiva para reduzir direitos sociais conquistados, principalmente nas áreas da saúde e da previdência.

A política econômica neoliberal tem imposto uma revisão na estrutura e na organização dos sistemas sanitários, propondo reformas tanto nos países desenvolvidos como nos periféricos. Aos organismos internacionais cabe a função “de difundir e incentivar mecanismos de contenção e reforma, numa linha econômica clássica e em sintonia com as pautas neoliberais” (Almeida, 1997:195).

Segundo Célia Almeida, os objetivos fundamentais dessas reformas sanitárias têm sido:

- descentralizar para o nível local ou para o setor privado as organizações da sociedade e privilegiar a atenção primária, numa perspectiva de diminuir o gasto hospitalar;
  - aumentar a eficiência, entendida sempre como manutenção dos limites de caixa, definidos pelas variáveis macroeconômicas;
  - reforçar a regulação, isto é, manter sob estrito controle os orçamentos setoriais e a força de trabalho, com deslocamento e enfraquecimento das organizações associativas e sindicais; e
  - assegurar a contenção dos custos dos serviços prestados.
- (Almeida, 1997:190)

Ainda segundo a autora, “paradoxalmente, é apregoada a livre escolha do consumidor e a busca de uma melhor relação equidade/eficiência/integralidade/qualidade” (Almeida, 1997:190).

É importante ressaltar que essas reformas sanitárias<sup>21</sup> não têm sido feitas da mesma forma em todos os países. Para Almeida, a especificidade do setor saúde talvez impeça a sua “diluição sumária no paradigma neoliberal, pois o processo político que permeia a implementação de cada reforma é que dará a tônica da dinâmica de transição nos sistemas de saúde em cada sociedade específica” (Almeida, 1997:197).

No Brasil assistimos, no final dos anos de 80 e início da década de 90, à incorporação legal de um sistema de saúde baseado no modelo de reforma sanitária proposto pelo Movimento Sanitário – que se inspirou no modelo italiano, com princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. E, em paralelo a este modelo, tem se colocado em prática o propugnado pela proposta de reforma do Estado que, por sua vez, cumpre as exigências impostas pelos organismos internacionais.

Assim, as propostas do Governo Federal para a saúde podem ser resumidas em três: descentralizar as ações, transferindo-as para o nível local via municipalização da saúde; diminuir a responsabilidade do Estado, com a criação de ‘organizações sociais’<sup>22</sup> que facilitem a participação do setor privado na prestação de serviços de saúde; e privilegiar a atenção primária por meio da implementação da Norma Operacional Básica do SUS/96, que privilegia repasse de recursos para os programas de Agentes Comunitários e da Saúde da Família.

A remercantilização da saúde se insere na agenda de reforma sanitária do Banco Mundial, proposta no relatório sobre o desenvolvimento mundial de 1993: Investindo em Saúde. Essa agenda está articulada com as reformas macroeconômicas, com vistas à estabilidade e ao equilíbrio monetário, propostas pelo Banco Mundial. O relatório apresenta objetivos a incluir na agenda dos países por ele subsidiados, agrupados em três pontos: “1. criar um ambiente propício para que as famílias melhorem suas condições de saúde; 2. tornar mais criterioso o investimento público em saúde; e 3. facilitar a participação do setor privado”. Recomenda aos países de renda média, como o Brasil, que se concentrem em quatro ações básicas de reforma de políticas: eliminar gradualmente os subsídios públicos aos grupos mais abastados; ampliar a cobertura do seguro de saúde; dar opção de seguro aos consumidores; e estimular métodos de pagamentos que permitam controlar os custos (Lima, 1996).

Segundo Lima (1996), a agenda do Banco Mundial para a saúde se inscreve na ofensiva de recuperação dos serviços sociais para as empresas privadas, ou seja, propõe a remercantilização de tais serviços, que constitui um dos móveis da crítica que atualmente se faz ao Estado de bem-estar social em todo o mundo. Essa remercantilização preconiza a anulação dos direitos sociais e das formas de garanti-los.

No Brasil, com a emergência do setor privado como hegemônico, há no setor saúde algumas transformações em marcha, cuja lógica ordenadora passa a ser a mercantil. Nesse contexto, as instituições públicas cumprem o papel de atender à população pobre e com alto risco de adoecer, ao passo que o papel central no sistema de saúde é ocupado pelas empresas médicas ou agências seguradoras – representantes do grande capital.

Laurell (1996) destaca que todas as medidas de privatização se combinam com a permanência das instituições públicas de saúde, porque a privatização só acontece nas atividades rentáveis de saúde, ficando o restante a cargo do setor público. Ao se transferirem, sistematicamente, recursos para o sistema privado, articulam-se mecanismos de auto-reprodução da miséria pública e da abundância privada.

Cristina Possas refuta o argumento do Banco Mundial de que a privatização dos serviços de saúde exige menores gastos públicos, pois o setor público se dedicaria a atender apenas aos grupos mais pobres. Afirmam que, pelo contrário, o aumento da privatização exige maiores gastos públicos, pois os prestadores de serviços privados são altamente subsidiados pelo governo, sem que ofereçam a contrapartida de maior eficiência ou melhor qualidade dos serviços. E diz ainda que, como o setor privado depende das “transferências diretas e indiretas de recursos públicos para sobreviverem num mercado restrito e altamente concentrado, as políticas de privatização tendem a requerer mais e não menos gastos públicos” (Possas, 1996:56).

O Estado tem repassado recursos públicos diretamente para a rede privada por meio da compra de serviços da rede conveniada ou contratada e, mais recentemente, por meio de parcerias com as ‘organizações sociais’. Estas são entidades de direito privado, de caráter público não estatal. Foram instituídas como mais um mecanismo que permite ao Estado transferir, para a rede privada, sua responsabilidade na área social delegando a estas organizações a gestão de bens e serviços públicos.

O setor privado tem sido beneficiado pelo Estado também quando os segurados da rede privada usam os serviços da rede pública em situação de emergência ou para tratamento de alto custo, pois a maioria dos seguros não os cobre,<sup>23</sup> e quando o Estado cria uma lei de regulamentação dos planos de saúde com base em um modelo de gerenciamento já existente, “regrado pelas lógicas financeiras e administrativas e não pela eficácia da ação média diante do real” (Merhy & Bueno, 1998:14).

A realidade de mercantilização dos serviços de saúde é um processo em curso em toda a América Latina. Em março de 1995, estudiosos pertencentes à Associação Latinoamericana de Medicina Social (Alames) discutiram a articulação Público/Privado dos Sistemas de Saúde da América Latina no II Seminário Latinoamericano de Política Sanitária, realizado no México, DF, de 22 a 24 de março de 1993, promovido pela Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Na ocasião, foram apresentados ensaios que expressam o avanço coletivo de um grupo de trabalho da Associação Latinoamericana de Medicina Social. Observaram que, a partir da década

de 80, a participação do setor privado nos sistemas nacionais de saúde dos países da América Latina tem crescido significativamente. Concluíram que essa evolução privatizante é resultante da implementação do modelo neoliberal. Os ensaios apresentados nesse seminário foram publicados pela Fiocruz em 1996, no livro *Política de Saúde: o público e o privado*, organizado por Catalina Eibenschutz. Os participantes chegaram a algumas conclusões/constatações sobre essa realidade e apresentaram algumas propostas.

Entre as 19 conclusões/constatações do seminário, destacamos as seis de maior relevância para este estudo:

- Concluiu-se que os diferentes modelos de privatização têm, como denominador comum, a transformação de um direito do cidadão em mercadoria.
- Constatou-se o crescimento dos seguros privados de saúde, estreitamente relacionados à concentração de capital financeiro em quase todos os países participantes.
- Constatou-se que o setor privado depende muito do setor público e que há uma transferência do que se gasta no setor público para o privado.
- Demonstrou-se, em todos os casos presentes, a existência de um setor privado forte e em crescimento, que tenta constituir-se pólo hegemônico da transformação dos sistemas de saúde.
- Analisou-se o avanço da privatização nos países e assinalou-se que ela é derivada de uma dupla necessidade: a) favorecer as políticas de ajuste e b) dar impulso à mercantilização dos setores rentáveis dos serviços de atenção à saúde.
- Assinalou-se que a privatização do que é público é, essencialmente, um processo financeiro, ligado à mudança do modelo de acumulação e modernização econômica, impulsionado pelo neoliberalismo.

Entre as seis propostas apresentadas, destacamos as duas seguintes:

- Retomar o controle social do setor público estatal, do setor público não estatal e do privado, direcionando-o à solidariedade e à universalidade.
- Promover uma cidadania completa que garanta o controle social, lutar contra a contenção salarial dos trabalhadores da saúde, porque favorece a privatização, e estimular a mobilização social pela saúde. (Ebenschutz, 1996:16-17)<sup>24</sup>

Essas conclusões e propostas de um grupo de pensadores da América Latina reafirmam a existência de um processo de mercantilização da saúde e a necessidade de desmercantilizá-la. Como estratégias, propõem-se controle social sobre o setor saúde público, o privado contratado e o puramente privado, e o estímulo à mobilização social pela saúde pública. Tais estratégias envolvem novos atores sociais – as organizações populares e as dos trabalhadores da saúde – que têm, hoje, no Brasil, um espaço de participação

institucionalizado no SUS: as conferências e os conselhos de saúde. Estes últimos, com poder deliberativo sobre a alocação dos recursos públicos da saúde, podem tornar-se um espaço para a luta pela ampliação da aplicação dos recursos na rede pública, ou seja, nos bens de serviços coletivos de saúde sem a busca do lucro.

Costa (1996), analisando a política de saúde a partir do final da década de 80, observa que estabeleceu-se um paradoxo entre as posições dos representantes dos trabalhadores nos conselhos de saúde e nas mesas de negociações sindicais. Enquanto nos conselhos de saúde esses representantes defendiam teses de caráter público e universalistas, as negociações dos representantes em suas bases fortaleceram os grupos de maior poder de barganha, os seguros e a rede privada de forma geral, reforçando a segmentação do acesso aos serviços.

O movimento de abertura de espaços institucionais de participação na política de saúde foi reflexo do processo de democratização do país na década de 80 e se deu concomitantemente ao processo de universalização excludente e à implementação do modelo de assistência médica privatista<sup>25</sup> e de redução de recursos para as políticas sociais, e em especial para a política de saúde.

Após as eleições diretas para presidente, em 1989, restabelece-se o Estado democrático com características neoliberais e traços conservadores, autoritários e patrimonialistas. O novo governo adota, então, uma política econômica de livre iniciativa de mercado, de estímulo à privatização e extinção das estatais e de livre negociação dos salários. A política de ajuste econômico aumenta a crise e os índices de miserabilidade da população.

Seguindo o ideário liberal, a estratégia adotada para a estabilização econômica foi o corte nos gastos públicos, principalmente nos gastos sociais, reduzindo-os 3,9% em 1990, e 12,4% em 1991 (Médici, 1994). Entre 1989 e 1992, a queda acumulada foi de 17% (Piola, 1995).

As áreas mais atingidas com o corte de gastos foram a educação, a previdência e a saúde, cujos textos ganharam, paradoxalmente, na nova Constituição, um conteúdo universalista. Na saúde, os recursos anuais sofreram sucessivas reduções: 16,5% (1990), 17,08% (1991) e 16,3% (1992), o que perfaz uma redução acumulada de 42% em apenas três anos (1989/92) (Piola, 1995:15).

## O Orçamento da Saúde Pós-88

O sistema público de saúde brasileiro é formado por serviços estatais prestados pelas esferas de governo federal, estadual e municipal e por serviços privados conveniados ou contratados pelo Estado.

Na Constituição de 88, definiu-se que o serviço privado seria assegurado como complementar ao SUS quando os seus serviços fossem insuficientes, ou seja, quando houvesse um esgotamento da capacidade instalada na rede pública, prevalecendo o interesse público sobre o privado nas seguintes condições, previstas na Lei 8.080/90:

- a participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio sob as normas do direito público;
- os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde;
- os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS.

O caráter complementar do setor privado em relação à rede pública não prejudicou em nenhum sentido os interesses privados em jogo na política de saúde: atualmente, cerca de 70% dos serviços de saúde prestados pelo Estado são produzidos pelo setor privado.<sup>26</sup> Este último fica responsável pela assistência médica individual (consultas e procedimentos médicos de maior complexidade tecnológica e mais caros), rentáveis e lucrativos, e o setor público, pelas ações de saúde coletiva (vacinação em massa, controle de moléstias transmissíveis etc.).

A transferência direta de recursos públicos para o setor privado é o processo, já referido anteriormente, de privatização do setor público, que na prática o mercantiliza, capitalizando o setor privado por meio de convênios e credenciamentos. Com o apoio do Governo Federal, esse setor se beneficia, ainda, da garantia do mercado e da falta de controle no que se refere à qualidade dos serviços e às prestações de contas (Cohn, 1996).

O setor público não consegue manter sob controle o setor privado contratado, o que resulta em fraudes e em prestação de serviços de má qualidade, prejudicando os usuários. São exemplares os casos ocorridos em 1996, do tratamento de hemodiálise em Caruaru, em Pernambuco, e da Clínica de Idosos Santa Genoveva, no Rio de Janeiro, em que houve grande número de mortes.

Os recursos para o financiamento do SUS estão constitucionalmente vinculados ao OSS.<sup>27</sup> Este, por sua vez, compõe o Orçamento da União junto com o Orçamento Fiscal e o Orçamento de Investimentos. O Orçamento Fiscal é formado pelos impostos diretos recolhidos sobre a renda e patrimônio dos indivíduos e empresas, bem como pelos impostos indiretos recolhidos sobre a produção e circulação de mercadorias e serviços. Está consignado pelas receitas e despesas de todos os poderes da União. O Orçamento de Investimentos das empresas estatais destina-se às obras públicas.



O Orçamento da União expressa a sua maneira de organizar as receitas e despesas, cujo detalhamento está previsto pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Cabe ao poder Executivo elaborar o projeto de lei orçamentária anual orientado pela LDO e apresentá-lo ao Legislativo para a devida apreciação, podendo este acrescentar emendas, vetar itens, até a sua total aprovação. O projeto deve ser enviado pelo presidente da República ao Congresso Nacional até quatro meses antes do exercício financeiro seguinte.

Essa forma de elaboração do orçamento brasileiro foi uma das novidades introduzidas pela Constituição de 88. Ela torna o processo orçamentário mais transparente, na medida em que devolve ao Legislativo a possibilidade de emendar o projeto de lei do Orçamento e, assim, controlar mais o Executivo.

Foi com a Constituição de 88 que o Orçamento deixou de ser um mero instrumento técnico-contábil a serviço do poder executivo, para tornar-se um mecanismo descentralizado de planejamento, aberto a uma maior participação social, pela via da representação parlamentar ou de mecanismos constitucionais de participação direta (Lopes, 1996).

Em seu livro *Orçamento Público*, de 1994, James Giacomoni avalia que a Constituição de 88 devolveu o equilíbrio de forças entre os três poderes, quando permitiu ao Legislativo intervir no orçamento da União,<sup>28</sup> pois o Congresso vinha reduzindo sua ação na iniciativa legislativa desde 1946, fato que se agravou em 1968, no período da ditadura militar, quando o Legislativo transformou-se em ratificador das decisões do Executivo.

Segundo Giacomoni, a divisão de funções entre os poderes concebida pela democracia liberal representativa não se tem mantido diante do crescimento do Estado moderno:

Os Executivos, mais ágeis e organizados e com maior ‘poder’ no sentido operacional, levam vantagem em relação aos Legislativos, tradicionalmente estruturados, pouco ágeis e tecnicamente deficientes (...) O Legislativo moderno já não tem na feitura de leis sua principal atribuição. Seu novo e importante encargo passa a ser o *controle* das atividades do Executivo. (Giacomoni, 1994:209) (grifo do autor)

O OSS, que faz parte do tripé do Orçamento da União, é também detalhado na LDO aprovada anualmente pelo Legislativo no Congresso Nacional. O percentual a ser repassado para a saúde é determinado nessa lei, que reflete a correlação de forças no governo na disputa por recursos.

A Constituição de 88, ao trazer a novidade do sistema de proteção social na seguridade social, modificou também a estrutura de financiamento das políticas sociais. Além das contribuições sociais de empregados e em-

pregadores sobre a folha de salários, o OSS criou uma nova Contribuição sobre o Lucro Líquido de Empresas (CSLL), e ainda inseriu na sua base de financiamento a Contribuição sobre Concurso Prognóstico.

Em 1992 o Fundo de Investimento Social (Finsocial) foi transformado em Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins),<sup>29</sup> que, depois do aumento de sua alíquota de 0,5% para 2% – determinado, depois de superada a controvérsia jurídica sobre sua constitucionalidade, em função de sua finalidade de financiar a seguridade social, incluindo a universalização do direito à saúde –, passou a ser uma das fontes principais de financiamento da seguridade social e da saúde. Tanto a CSLL quanto a Cofins são os recursos tributários e fiscais mais significativos na composição do OSS.

Englobam tal orçamento os recursos do Programa de Integração Social (PIS) e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep), que já existiam desde os anos 70. Estes recursos, porém, continuaram vinculados ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

Também compõem o OSS recursos do Tesouro da União, que, a partir de 1993, participou com aportes financeiros mais regulares, apesar de insuficientes, para a área da saúde, diante das restrições<sup>30</sup> das transferências por parte do Ministério da Previdência. Outras estratégias, como a ampliação da participação de outras contribuições sociais sobre o faturamento das empresas (Cofins) e sobre o lucro das empresas (CSLL), e de recursos ordinários do Tesouro (receita de impostos) no financiamento da saúde, foram adotadas para suprir a parte dos recursos gerados pela Contribuição de Empregados e Empregadores que deveria ser repassada para o setor. Mesmo adotando essas estratégias para ampliar e suprir a sua base de financiamento, o Ministério da Saúde (MS) teve de recorrer a empréstimo ao FAT, aumentando o seu endividamento para pagar despesas correntes.

Em 1993, as contribuições sociais arrecadadas pelo Governo Federal atingiram o equivalente a 10,2% do Produto Interno Bruto (PIB). Apenas as que incidem sobre folhas de salário corresponderam a 6,9% do PIB. A principal contribuição social é a de empregados e empregadores, recolhida pelo INSS (5,2% do PIB). A segunda em relação ao volume de recursos é a Cofins.

No mesmo ano, a taxa sobre o faturamento das empresas proporcionou uma receita equivalente a 1,3% do PIB. As contribuições sociais responderam por 67% do total da receita tributária disponível (Piola, 1995).

Para a seguridade social, a contribuição social que teve maior participação em 1993 foi a de empregadores e trabalhadores, responsável por 40,44% das despesas. A Cofins teve uma participação de 8,44% e a Contri-

buição sobre o Lucro Líquido das Pessoas Jurídicas participou com 5,92% do dispêndio total (Piola, 1995).

Destaca-se que esses recursos das contribuições para a seguridade social só podem ser usados em despesas das áreas políticas que integram a seguridade (saúde, previdência e assistência). Elias Jorge (1994) informa que o dinheiro de impostos pode completar o financiamento da seguridade social, mas o dinheiro a ela destinado não pode ser usado para outro fim. Porém, como aponta o relatório final da oficina de trabalho O Financiamento do SUS,<sup>31</sup> entre os reais obstáculos à implementação do SUS está a retenção no Tesouro Nacional de recursos que provêm de fontes próprias do OSS, tais como os Encargos Previdenciários da União (EPU) e, mais recentemente, a expropriação de recursos do OSS para composição do Fundo Social de Emergência (FSE), ou para sua nova versão, o Fundo de Estabilização Fiscal (FEF).<sup>32</sup>

O que tem acontecido é o contrário do que se propôs: em vez de os recursos de origem fiscal e tributária complementarem as despesas da seguridade social, as receitas da seguridade social têm financiado despesas fiscais.

O FEF foi criado no interior dos programas ortodoxos de estabilização. Seu objetivo é desviar recursos vinculados majoritariamente às áreas sociais (oriundos de contribuições sociais) para outros setores, principalmente os destinados à amortização da dívida interna. O que a equipe econômica buscava com a sua criação era uma flexibilidade na alocação de recursos, e a área mais afetada pela redução do sistema de vinculação foi a seguridade social (Médici, 1995).

O que está em jogo é a vinculação/desvinculação de recursos para as áreas sociais. Enquanto os gestores da política econômica repudiam a vinculação de recursos, tentando burlá-la por meio da criação de fundos para proporcionar a flexibilização de seu uso, os gestores da área social procuram manter a vinculação e ampliá-la. Para os gestores da política econômica, a vinculação pode prejudicar as políticas de estabilização e o crescimento econômico. Para os gestores da área social, a vinculação é a única forma de garantir recursos para desenvolver as políticas sociais, jamais alcançadas dentro do princípio da flexibilidade orçamentária.

Analisando-se os dados da Tabela 1, conclui-se que 25% das receitas do OSS de 1995 (R\$ 16,6 bilhões) foram alocados em programas fora dos ministérios tradicionalmente ligados à seguridade. Destaca-se que mais de um terço dos recursos do FSE também não foi alocado nos ministérios sociais (Médici, 1995).

**Tabela 1 – Orçamento da Seguridade Social (OSS) – 1995 (em US\$ bilhões)**

Fontes	Ministério da Previdência Social	Ministério do Bem-Estar Social	Ministério da Saúde	Ministério da Educação	Outros ministérios/atividades	TOTAL
Folha salarial	23,6	–	–	–	–	23,6
FSE	5,9	0,1	1,6	2,0	5,1	14,7
Cofins	3,0	0,3	7,5	0,0	0,7	11,5
PIS/Pasep	–	–	–	–	5,7	5,7
CSLLE	–	–	2,4	–	1,2	3,6
Outras	1,2	0,1	2,4	0,7	3,9	8,3
<b>TOTAL 1</b>	<b>33,7</b>	<b>0,5</b>	<b>13,9</b>	<b>2,7</b>	<b>16,6</b>	<b>67,4</b>
Não OSS	–	0,0	0,0	5,4	244,2	249,6
<b>TOTAL 2</b>	<b>33,7</b>	<b>0,5</b>	<b>13,9</b>	<b>8,1</b>	<b>260,7</b>	<b>317,0</b>

Fonte: Médici (1995).

A garantia legal para o repasse de um teto de 30% do OSS para o setor saúde é constantemente descumprida. Elias Jorge (1996) mostra que a Constituição Federal de 1988 previa, no artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT-CF/88), que no mínimo 30% do OSS seriam destinados ao setor saúde e que as LDOs para 1990, 1991, 1992 e 1993 reproduziram o disposto no referido artigo, mas que nada disso foi cumprido. Mesmo com a formalização de tais dispositivos legais pela administração do Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde, estes sofreram veto presidencial na LDO para 1994 e 1995.

A proposta dos 30% do OSS para a saúde também estava na Lei do Plano Plurianual (PPA), em vigor até 31/12/95, que estabelecia ainda que 25% (a quarta parte) da Receita sobre a Folha de Salários (Fonte 154 – arrecadada pelo INSS) seriam destinados à saúde. Mesmo porque a justificativa para a elevação da contribuição dos empregados de 6% para 8% foi a necessidade de recursos que assegurassem a assistência médica. Também esta lei não foi cumprida.

A falta de definição ou de cumprimento das determinações para o repasse regular num patamar de 30% do OSS para a saúde<sup>33</sup> e a falta do aporte de recursos do Tesouro da União suficientes para suprir tal déficit

levaram o Ministério da Saúde a recorrer a empréstimos que comprometeram significativamente o montante de gastos com a saúde, devido à necessidade de utilizar grande parte dos recursos destinados ao setor para amortecer tais dívidas. O Ministério da Saúde lançou mão de empréstimos do FAT e o valor para a amortização dessa dívida representava 0,42% do gasto do orçamento da saúde em 1994; em 1995, representou 9,2%.<sup>34</sup> Tal porcentagem foi maior do que o gasto do ministério com qualquer programa, o que demonstra que priorizou-se o pagamento da dívida.

O pagamento dessas dívidas contraídas foi prejudicando os orçamentos subseqüentes. O aparente aumento de gastos com saúde, de R\$ 11.330 bilhões em 1994 para R\$ 16.222 bilhões em 1995, corresponde, praticamente, ao custeio de dívidas do exercício anterior. O orçamento previsto para 1996, de R\$ 20 bilhões, incluía R\$ 6 bilhões da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que não entraram no ano anterior, e também R\$ 1,5 bilhão para pagar dívidas de 1995. A CPMF foi inicialmente no valor de 0,20%, aprovada pelo Senado, após movimento nacional liderado pelo ministro Adib Jatene, cujo argumento de maior apelo era a necessidade de salvar o SUS. Essa proposta emergencial e de caráter provisório não resolveu o problema do financiamento do SUS, apenas criou mais um tributo para a sociedade. Uma proposta do governo tramitou no Congresso em março de 1999, sugerindo a prorrogação da vigência da CPMF, o aumento de sua alíquota de 0,20% para 0,38% e que sua receita não financiasse apenas a saúde. Essa proposta já foi aprovada. Ela é mais uma medida exigida pelo Fundo Monetário Internacional para o ajuste fiscal. O Governo espera arrecadar 15,6 bilhões para ajudar no combate ao déficit público.

O aparente aumento com os gastos públicos na área da saúde não passa de artifício contábil, pois a amortização da dívida consome grande parte do orçamento. Vale ressaltar que estava previsto na Lei Orçamentária Anual para 1995 que a dívida do Ministério da Saúde para com o FAT seria paga com Títulos de Responsabilidade do Tesouro Nacional.

Para 1997, foram previstos R\$ 20.233,6 bilhões para o orçamento do Ministério da Saúde, distribuídos conforme a tabela a seguir.

**Tabela 2 – Orçamento do Ministério da Saúde. Especificação global – 1997**

Especificação	R\$ bilhões	%
Pessoal e encargos	4.555,9	22,5
Juros, encargos e amortização da dívida	1.926,5	9,5
Despesas correntes	12.533,8	62,0
Assistência ambulatorial e hospitalar	9.447,0	
Outros	3.086,8	
Investimentos	1.212,9	6,0
Inversões financeiras	4,5	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>20.233,6</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Brasil, 1997.

Ressalta-se o uso de R\$ 1.926,5 bilhões para pagamentos de juros, encargos e amortização da dívida correspondentes a 9,5% dos gastos previstos. Observa-se ainda que para as ações de promoção e prevenção da saúde, a previsão de gastos foi de apenas R\$ 3.086,8 bilhões, que correspondem a cerca de 15% do total, evidenciando um modelo assistencial curativo.

Observa-se, na Tabela 3, que, para o FNS, previu-se a destinação de R\$ 16.427,9 bilhões e que os demais recursos foram alocados entre outros setores da saúde, o que demonstra a falta de unicidade do SUS.

**Tabela 3 – Orçamento do Ministério da Saúde. Especificação por órgão – 1997**

Especificação	R\$ bilhões
Fundo Nacional de Saúde	16.427,9
Fundação Nacional de Saúde	2.728,6
Ceme	628,5
Fiocruz	420,9
Inan	27,7
<b>TOTAL</b>	<b>20.233,6</b>

Fonte: Brasil, 1997.

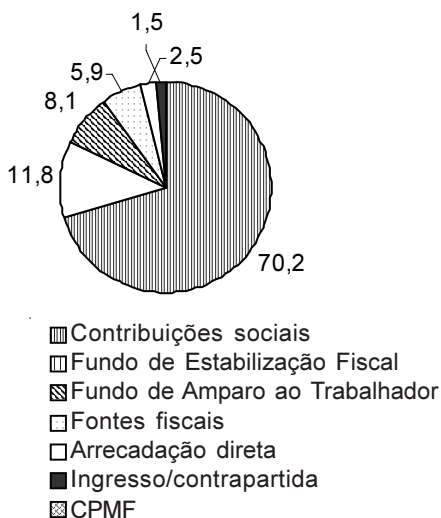
Em 1997, o gasto federal real com saúde foi de R\$ 18,800 bilhões, mas a receita foi de R\$ 17,597 bilhões. A diferença de R\$ 1,2 bilhão ficou como restos a pagar (Carvalho, 1998).

Gilson Carvalho (1998) afirma que existem várias classificações para o orçamento: o aprovado, o liberado e o executado. Quem aprova o orçamento é o Legislativo e quem o contingencia é o Executivo, por decreto. O liberado representa o resultado pós-cortes. Não há controle sobre esses cortes, pois o Ministério da Saúde decide onde corta e o que libera, sem consultar a Comissão Intergestores Tripartite (CIT)<sup>35</sup> nem o Conselho Nacional de Saúde.

A LDO de 1998 determinava que o orçamento para a saúde deveria ser, no mínimo, igual ao do ano anterior – um pouco mais de R\$ 20 bilhões. O Conselho Nacional de Saúde, considerando que a CPMF arrecadou mais do que o previsto, propôs um orçamento de R\$ 22,8 bilhões. Porém, o governo encaminhou a proposta ao Congresso e este aprovou um orçamento de R\$ 19,5 bilhões. Desse total, apenas R\$ 17,59 bilhões foram liberados. O orçamento da saúde estabelecido pela LDO para 1999 foi de R\$ 19,8 bilhões.<sup>36</sup>

Com relação às fontes dos recursos para a saúde,<sup>37</sup> observa-se que, com a criação da CPMF, tem havido uma diminuição progressiva da sua maior fonte financeira, as contribuições sociais: em 1995, estas participaram com 70,2% dos recursos do SUS e, em 1998, com apenas 34,3%, conforme os gráficos a seguir:

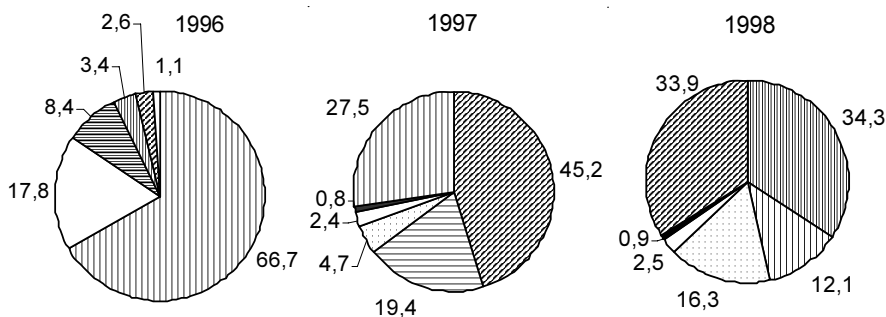
**Gráfico 1 – Fontes de recursos do SUS (em %) – 1995**



Fonte: *Folha de S. Paulo*, 24 maio de 1998.

Esses gráficos revelam que a CPMF foi responsável por 27,5% e 33,9% do financiamento da saúde em 1997 e 1998, respectivamente. A CPMF é provisória, o que significa que o financiamento da saúde está, cada vez mais, sustentado por fontes instáveis.

**Gráfico 2 – Fontes de recursos do SUS (em %) – 1996-1998**



Diante dos problemas do financiamento da saúde, da instabilidade das fontes dos recursos, da falta de repasse de um percentual regular do OSS e de desvios na alocação de recursos para outras áreas,<sup>38</sup> algumas alternativas são sugeridas.

Elias Jorge (1996) aponta uma solução para o financiamento da saúde: vinculá-lo à estabilidade do financiamento da seguridade social. Para tanto, propõe que se cumpram os seguintes passos, por ele apresentados como “solucionática” diante da “problemática”:

- estancar o fluxo de recursos da seguridade social para despesas estranhas à mesma;
- trazer o artigo 55 das Disposições Transitórias para o corpo permanente da Constituição (no mínimo, 30% do OSS serão destinados ao setor saúde);
- garantir a vinculação constitucional de fontes de recursos, nas três esferas do poder, preservando-se a diversidade de fontes de financiamento para cada uma das três áreas da seguridade social;
- assegurar mecanismos para o exercício de rigoroso controle público (não estatal) sobre os recursos;
- incorporação de novas receitas específicas para a seguridade social, oriundas de produtos de consumo intensivo e/ou universal.



E diz que é preciso reafirmar o princípio da seguridade social, preservar a diversidade de fontes de financiamento e assegurar a sua estabilidade.

A instabilidade das fontes de recursos para a saúde sempre foi um problema ao qual o Governo deu poucas respostas. Porém, existe uma Proposta de Emenda Constitucional – PEC 169/93, dos então deputados federais Eduardo Jorge e Waldir Pires, que visa à alteração do inciso IV do artigo 167 da Constituição Federal de 88, que veta as vinculações constitucionais e propõe a garantia de 30% das receitas das contribuições sociais que compõem o OSS e o mínimo de 10% dos recursos fiscais de cada esfera de governo para a saúde. Essa proposta foi contemplada entre as deliberações da X CNS/96. A ela se acrescentou que tais recursos deverão ser alocados nos fundos nacional, estaduais e municipais de saúde, com prestação de contas periódicas aos respectivos conselhos de saúde.

O principal fundamento da PEC 169/93 é a vinculação de receitas – federal, estaduais e municipais – que proporcionará um aumento de recursos compatíveis com a realidade orçamentária e regras mais estáveis para o financiamento do setor. Esta foi garantida com a Emenda Constitucional nº 29/2000: a União deve investir 5% a mais do que o ano anterior, reajustando de acordo com a variação do PIB; e os estados e municípios um mínimo de 7% dos orçamentos próprios até o limite de 12% e 15%, respectivamente, em 5 anos.

Outro ponto importante é o paradoxo apontado por Elias Jorge em sua exposição na X CNS/96: na LDO, foi aprovado o repasse automático do FNS para os fundos estaduais de saúde, porém vetou-se o dispositivo que permitia fazer o repasse automático do OSS para o FNS, não havendo, portanto, o que repassar automaticamente.

A garantia do repasse automático fundo a fundo e o controle social sobre este são essenciais para a solução dos problemas do financiamento do SUS. Não adianta apenas garantir recursos para a saúde, é preciso garantir a sua chegada até os municípios e a participação da sociedade na sua destinação. Existia uma medida provisória em tramitação no Congresso Nacional propondo a extinção do FNS, que foi denunciada e rechaçada durante a X CNS/96. A extinção do FNS inviabilizaria a precária autonomia e transparência do SUS. Os recursos da saúde para estados e municípios retornariam para as contas únicas de cada esfera de governo, podendo ser manipulados e desviados com mais facilidade, fugindo ao controle dos conselhos de saúde.

Os gastos com saúde estão no universo de atuação do conselheiro de saúde, pois este “atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (Lei 8.142/90).