

FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL NO PÓS- CONSTITUCIONAL DE 88

Financing of public health in Brazil for the post-constitutional 88

Financiación de la salud pública en Brasil en pos-constitucional 88

Gilson Carvalho¹

RESUMO

Este texto discute o Financiamento da Saúde Pública no Brasil no período pós- constitucional onde se definiu saúde como direito do cidadão e dever do estado. Inicia-se por uma rápida visão histórica para chegar às definições constitucionais do financiamento em 1988, segue pelo período da Emenda Constitucional 29 do ano 2000 e conclui pela análise conjuntural da Regulamentação da EC-29, em votação no Congresso Nacional. A conclusão que se chega é que o direito à saúde do brasileiro atravessa a maior das crises justo no ano em que se comemoram 20 anos de SUS-CESSO da tentativa de se garantir saúde como direito universal e integral para o cidadão brasileiro. Não se pode omitir que a crise do subfinanciamento da saúde corre junto com outros grandes problemas o que dá seu contorno multifatorial. Ainda não se deu a implementação do modelo SUS de fazer saúde com promoção, proteção e recuperação da saúde associados. Não se conseguiu um padrão de eficiência com melhor uso dos poucos recursos. Convive-se com a perda vergonhosa de recursos da saúde, por corrupção. Finalmente a conquista de saúde tem que ser vista no bojo da conquista de um Brasil mais justo onde se garantam as questões econômicas e sociais condicionantes e determinantes da saúde.

Palavras-chave: Saúde; Financiamento em Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This text discusses the financing of the Public Health in Brazil in the after-constitution period in which Health was defined as a right of the citizen and a duty of the State. It begins with a short historical perspective to reach the constitutional definitions of the financing in 1988, followed by the Constitutional Amendment 29 period in the year 2000, being concluded by analysis of the conjectural regulation of Constitutional Amendment 29 in vote in the National Congress. The conclusion is that the Brazilians' Health's rights is crossing the biggest crises in the same year we celebrate the 20th anniversary of the SUS-CESSO in an attempt to guaranteed Health as an universal and integral right for the Brazilian citizen. It is not possible to neglect that the crisis of the Health's sub financing go together with other great problems what gives its multifatorial outline. There still did not happen the implementation of the SUS model of doing Health with promotion, protection and recuperation of the health altogether. A standard of efficiency was not got with better use of the few resources. One coexists with the shameful loss of the Health resources by the corruption. Finally the conquest of Health has to

¹ Médico Pediatra e de Saúde Pública – Doutor em Saúde Pública pela FSP da USP; Ex- Secretário Municipal de Saúde de São José dos Campos, Ex-Secretário Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde; Ex-Professor de Medicina da Universidade de Taubaté. Atualmente Professor Convidado na área de Pós Graduação em Universidades Brasileiras e Consultor do CONASEMS – carvalhogilson@uol.com.br

be seen as a conquest of a fairest Brazil where it is guarantee the economical and social determinants of the health.

Keywords: Health; Financing Health; Unified Health System.

RESUMEN

En este artículo se describe la financiación de Salud Pública en Brasil en el puesto donde se estableció el derecho constitucional de los ciudadanos a la salud y el deber del Estado. Es iniciado por un vistazo rápido para llegar a la histórica constitucional definición de financiación en 1988, se desprende el período de la Enmienda Constitucional 29 de 2000 y llegó a la análisis de las normas de la EC-29, a votar en el Congreso. La conclusión que llegamos es que el derecho a la salud del brasileño a través la mayor crisis en el año a celebrar 20 años de SUS-CESSO en su intento de garantizar la asistencia sanitaria como un derecho universal y integral del ciudadano brasileño. No puede pasar por alto que la crisis de la financiación insuficiente de la salud se extiende a lo largo con otros grandes problemas de contorno multifactorial. No hemos hecho la aplicación del modelo del SUS con la promoción, la protección y restauración de la salud. No ha un nivel de eficiencia con un mejor uso de recursos limitados. Coexiste la vergonzosa pérdida de los recursos sanitarios para la corrupción. Por último, el logro de la salud tiene que ser visto en medio de la conquista de un Brasil más justo a asegurar las cuestiones económicas y las condiciones sociales, factores determinantes de la salud.

Palabras clave: Salud; Financiación de la salud; Sistema Único de Salud.

UM POUCO DA HISTÓRIA DO FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NO PRÉ-CONSTITUCIONAL

Um dos grandes nós de implantação do SUS foi e é seu financiamento. Antes, durante e depois da implantação do SUS o slogan que se cravou foi: “A saúde tem que ter um financiamento definido, definitivo e suficiente.”

O financiamento da saúde no Brasil tem início na solidariedade da filantropia ou caridade. Os jesuítas, quando vinham ao Brasil, já eram treinados em Portugal para, aqui aportados, prestarem assistência social (aí incluída a de saúde) à população nativa. Constituindo-se assim como os primeiros Agentes Comunitários de Saúde no Brasil. Surgiram as Santas Casas sustentadas pela caridade religiosa e ou por contribuições da população, desde o óbolo dos mais pobres até a contribuição dos grandes beneméritos. Numa segunda fase, pelos anos de 1800, os Hospitais Públicos foram criados juntamente com aqueles que serviam ao ensino da medicina.

A presença do financiamento, por parte do Estado, foi no sentido primeiro de favorecer a elite do próprio estado e sua força militar, montando seus hospitais e serviços de saúde paralelamente às Santas Casas de Misericórdia. Estas, só no século 20, após o

surgimento do sistema previdenciário, começaram a ter outra fonte de renda para cuidar dos trabalhadores registrados em carteira e que tinham direito a atendimento previdenciário, em relação à saúde. Não podemos omitir que os sistemas previdenciários por categorias de trabalhadores (IAPs dos marítimos, bancários, comerciários, ferroviários etc.), antes de terceirizar seus serviços para os hospitais já existentes (filantrópicos), partiram para a edificação de suas estruturas próprias. Construíram-se grandes hospitais financiados pelas contribuições sociais de empregados e empregadores. Foram construídos hospitais de excelência na capital federal, então Rio de Janeiro, e algumas outras grandes capitais como São Paulo. Processo que envolvia também a iniquidade onde, todos previdenciários, de todos os rincões do Brasil contribuía, mas, os serviços oferecidos se localizavam nos grandes centros da região sudeste. Eram os tempos da fartura na Previdência, em que mais se arrecadava, e pouco se gastava com aposentadorias e benefícios. “Sobrava” muito dinheiro que deixou de ser devidamente capitalizado. Isto explica, em parte, o furo financeiro atual da previdência. Usou-se recurso dela para investimento a fundo perdido em obras governamentais, sem o devido retorno ao caixa. Quando se buscaram recursos para garantir os ônus de hoje, não existiam mais fundos capitalizados para honrá-los!

Nos anos sessenta, a partir da necessidade de garantir direitos a determinadas classes de trabalhadores que não tinham boa ou satisfatória assistência à saúde, as empresas, começaram, por acordo, a atender seus empregados. Faziam por conta própria ou terceirizando para as denominadas empresas de medicina de grupo. Como este esquema era facultativo, o financiamento era, em geral, partilhado entre empregado e empregador, com diferentes esquemas de responsabilidade. Quando o empregador assumia o custo integral, o governo se comprometia apenas a devolver ao empregador, um percentual daquilo que era recolhido como contribuição pela folha e que, teoricamente, deveria ser gasto com saúde.

Com o advento de maior número de pessoas usufruindo dos benefícios pecuniários e dos serviços de saúde previdenciários, começou já cedo a “fazer água” a previdência social e a saúde. Isto determinou baixo valor de tabela de remuneração dos serviços comprados, e, o que é pior, atrasos sistemáticos de pagamento, sem correção, em época de altas taxas inflacionárias. Além desta dificuldade, havia um problema crônico gerado pela incompetência ou conivência de não se fiscalizar o que é público: a incontrolável corrupção dos sistemas geridos e controlados centralizadamente. Corrupção na Previdência, tanto em benefícios, como na assistência médica. A crise do descontrole da Previdência e Assistência Médica da

Previdência desembocou num programa de salvação, ou melhor, racionalização do atendimento à saúde em parceria com os serviços públicos estatais federais, estaduais e municipais. Destacam-se o Programa de Pronta Ação (PPA) dos anos 70 onde os hospitais públicos universitários começaram a prestar atendimento aos previdenciários e depois a ampliação do atendimento ambulatorial dos hospitais contratados-conveniados. Dez anos depois, no bojo da racionalização surge o PLANO CONASP: em 1983 surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS) e em 1987 o Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Todos os programas tentando melhorar os cuidados aos previdenciários e diminuir a exclusão dos cidadãos à saúde, sem, contudo haver algum tipo de aumento do financiamento, apenas deslocamento de uma vertente para outra.

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DE 1988

Com a Constituição de 1988⁽¹⁾, os direitos sociais foram ampliados e passaram a ter maior garantia teórica. O partido tomado foi o da cidadania ampliada. Novas fontes de recursos foram alocadas para financiar a saúde, só que entre o fixar constitucional destas fontes e sua garantia cravou-se um abismo agravado por descumprimento legal.

A Constituição garantiu financiamento de Saúde para uma nova população: o universo de cidadãos. A ampliação dos que teriam direito à saúde passa de 30 milhões de segurados para uma população de 150 milhões de cidadãos portadores do direito à saúde. As fontes de recursos, para se garantir saúde, estavam previstas na Constituição, só que, na prática, foram sonegadas nestes anos todos que se seguiram a ela.

Vale a pena lembrar uma a uma estas fontes de recursos, previstas na CF, para financiar a saúde:

a) RECURSOS FISCAIS - Cada esfera de Governo deve aplicar parte dos recursos de seus orçamentos em saúde. A União: recursos do Imposto de produtos Industrializados (IPI); Imposto de Renda (IR) e outros menores. Estados: recursos do Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS); Fundo de Participação dos Estados (FPE); Imposto de Transmissão de Bens Causa Mortis (ITBCM); Imposto de Renda (IR)- recolhido de seus servidores na fonte; Imposto de Propriedade de Veículos Automotores Terrestres (IPVA) e outros menores. Municípios: recursos do ICMS (parte municipal – 25% do total); Fundo de Participação dos Municípios (FPM); Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU); Imposto

sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN) ; Imposto de Renda(IR) - recolhido de seus servidores na fonte; IPVA (rateado com os Estados em 50%); Imposto Territorial Rural (ITR)– rateado com a União em 50) e outros menores.

b) CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS - Recursos denominados de Contribuições Sociais recolhidos pelo Governo Federal, mas destinados, por competência, para as três esferas de Governo financiarem Saúde e Assistência Social e para a União financiar a Previdência. Estas Contribuições Sociais são: dos empregados sobre a folha de salários; dos empregadores: sobre a folha (CSEESF), faturamento (COFINS) e o lucro (CSLL) e, entre 1996 e 2007, sobre a movimentação financeira (CPMF)²

c) CONCURSOS PROGNÓSTICOS - Parte dos recursos dos concursos prognósticos (loto, sena, mega etc.).

d) DPVAT - Parte do Seguro Obrigatório de Veículos Automotores Terrestres (50%) para financiar a cobertura à saúde de acidentados com veículos.

A Constituição obrigava o financiamento da saúde com os recursos acima citados, mas, não fixou qual seria o percentual de participação das três esferas de Governo. Nem dos recursos fiscais de seu orçamento, nem das Contribuições Sociais, só arrecadáveis pela União. Ainda que a pressão fosse no sentido de que no mínimo 30% dos recursos da seguridade social e 10% dos recursos fiscais, de cada esfera de governo, ficassem para a saúde, parlamentares que comandavam na Constituinte a discussão da ordem econômica, capitaneados por José Serra, não permitiram que se fixassem percentuais para a saúde, sob o argumento de engessamento das receitas. Alguns Estados e Municípios, entretanto, fixaram percentuais de suas receitas para a saúde em suas Constituições e Leis Orgânicas, embora haja quem diga ser inconstitucional.

Na parte do Orçamento da Seguridade Social, ficou fixado no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) apenas para o ano de 1989 um mínimo de 30% para a saúde. Nos anos seguintes até 1994, as Leis de Diretrizes Orçamentárias da União (LDO), mantiveram a definição dos 30% dos recursos da seguridade para a saúde. Em 1994 o Presidente Itamar vetou este dispositivo alegando “interesse nacional!...”

Se tivesse sido cumprido este preceito legal (CF e depois LDOs) a cada ano ter-se-ia o dobro dos recursos para a área da saúde. O não cumprimento do prescrito na Constituição, e

² COFINS – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CSLL – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

daquilo que foi o espírito do legislador, resultou na insolvência e caos da saúde. Daí a busca que se fez, mais intensamente após 1993, de uma Emenda Constitucional que garantisse os recursos “definidos, definitivos e suficientes para a saúde”. Finalmente, em setembro de 2000, foi aprovada a Ementa Constitucional EC-29 que determinou fontes e percentuais de recursos mínimos para a saúde provenientes das três esferas de governo.

Houve ainda um esforço conduzido por Jatene que assumiu o Ministério da Saúde em 1995. Era a recriação da Contribuição Sobre a Movimentação Financeira destinada exclusivamente à saúde. Muito às custas de sua autoridade e prestígio pessoal foi aprovada, em 1996, a CPMF. Jatene não usufruiu da entrada da CPMF no caixa da saúde, pois se demitiu. O grande embuste da CPMF para a saúde foi que ela já chegava à saúde mordida em 20% pela Desvinculação de Recursos da União (DRU), medida constitucional, aprovada no Congresso. A complementação deste embuste (constitucional?) foi quando o Governo, com a entrada da CPMF diminuiu as outras receitas que vinham financiando a saúde. Ainda que, toda a discussão com a sociedade, apresentada publicamente pelo Governo, foi informando que os recursos arrecadados pela CPMF seriam recursos a mais para a saúde. No texto legal, entretanto, não constou esta garantia. Afirmo sempre que o ocorrido com a CPMF se caracterizou com “um passa-moleque” em nossa cidadania: disseram que era a mais, mas não escreveram. A CPMF que arrecadou muito dinheiro anualmente (em 2007 cerca de R\$40 bi) representou apenas um pequeno aumento de recursos para a saúde. Quem levou a maior vantagem foi o Governo Central que arrecadou mais para o caixa geral: os 20% da DRU e as outras receitas reduzidas das outras fontes da saúde (COFINS e CSSL principalmente). A crise do financiamento continuava determinando a insuficiência de ações e serviços de saúde e sem solução à vista.

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA A PARTIR DE 2000 COM A EC-29

A EC-29 nasceu em 1993 com a PEC 169, capitaneada pelo grande médico sanitário Eduardo Jorge, então deputado federal por São Paulo. Em maio de 1993 o Ministro da Previdência Antônio Brito, numa atitude individual e protetora de seu ministério, juntou-se a Fernando Henrique Cardoso (FHC), então Ministro da Fazenda, para convencer o Presidente Itamar que a Previdência, precisava de mais dinheiro e não iria mais repassar ao Ministério da Saúde os recursos historicamente destinados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da

Previdência Social (INAMPS). Eram 25% da arrecadação da Contribuição de Empregados e Empregadores sobre a Folha. Foram 250 milhões de dólares subtraídos mensalmente do INAMPS, à época já dentro do Ministério da Saúde. A essência da PEC-169, de Eduardo Jorge, era a garantia de no mínimo 30% dos recursos da Seguridade Social para a saúde e mais 10% dos recursos fiscais da União, Estados e Municípios. Outras propostas se sucederam. A do Deputado Mosconi, médico do PSDB mineiro, destinando para a saúde todos os recursos da COFINS e CSSLL, para contrapor à retirada, pelo Brito, da Contribuição de Empregados e Empregadores sobre a Folha. A do Deputado Pinotti, médico do PMDB paulista, destinando à saúde 5% do PIB. A proposta que mais se encaminhou foi a do Eduardo Jorge, a PEC 169 aprovada em todas as comissões do Congresso, mas nunca levada a plenário, pois, seria derrotada. Em 1999, novos deputados eleitos, buscavam uma solução para o desfinanciamento da saúde e trabalharam por um aumento da tabela em 90% (50% de imediato para todos os procedimentos e 40% diferenciado para os mais defasados). Ao sugerirem este aumento esbarraram na falta de recursos suficientes para conceder aumentos de tabela. Foi então ressuscitada a PEC 169. O deputado Urcicino Queiroz foi encarregado de aglutinar todas as PECs da saúde no que resultou na PEC 82-A.

Nesta época (1999-2000) ocupava o Ministério da Saúde José Serra agora com enorme vontade de fixar recursos para a saúde. Justamente o Serra que, chefiando na Constituinte a discussão econômica, fora ferrenho opositor à proposta da VIII Conferência Nacional de Saúde e do Movimento da Reforma Sanitária de fixar um quantitativo de recursos financeiros para a saúde⁽²⁾. Depois de muito debate e da indução do presidente FHC e seu Ministro Malan, foi aprovada uma EC radicalmente diversa da proposta original da PEC 169, de Eduardo Jorge. A EC-29, aprovada em setembro de 2000 teve reconhecidos avanços: abriu a possibilidade de fixar recursos constitucionalmente para a saúde; definiu estes quantitativos; constitucionalizou o fundo de saúde em cada esfera de governo; constitucionalizou, em detalhe, o conselho de saúde atribuindo-lhe a função de acompanhar e fiscalizar o fundo de saúde; definiu sanções para quem não cumprir a EC 29 e deu a ela a auto-aplicabilidade. Entretanto, a grande derrota foi nos quantitativos definidos. A União ficou com a obrigação de investir em saúde em 2000 o mesmo valor empenhado em 1999 acrescido de 5% e nos anos seguintes o empenhado no ano anterior, aplicada a variação nominal do PIB. Estados teriam que investir no mínimo 12% e Municípios, no mínimo 15%. Como a maioria dos Estados e alguns municípios não conseguiriam chegar a este patamar foi feita uma regra de

transição entre 2000 e 2004. Estados e municípios tiveram a autorização de cobrirem a diferença em cinco anos. Todos deveriam em 2000, aplicar no mínimo 7% de seus recursos próprios em saúde. Entre os anos de 2000 e 2004 deveriam caminhar dos percentuais em que estivessem até os mínimos constitucionais vencendo a diferença, à razão de um quinto a cada ano. A regra estava feita.

A ruptura com a essência da PEC-169 do Eduardo Jorge foi extremamente prejudicial ao financiamento da saúde. O compromisso da União ficou ligado ao percentual de variação do PIB um parâmetro referencial não necessariamente atrelado à arrecadação. Estados e Municípios tiveram seus compromissos ligados a um percentual da arrecadação o que sempre foi pleiteado, mas que fosse aplicado, igualmente, às três esferas de Governo. A perversidade da EC-29 foi diminuir a participação dos recursos da União enquanto municípios e estados tiveram majorados seus percentuais dos 10% propostos, para 12% os Estados (aumento de 20%). Os Municípios, cuja proposta era de aplicar em saúde no mínimo 10% de suas receitas, passaram a ter que aplicar 15% (50% a mais).

A grande jogada do Governo FHC foi pressionar o Congresso para aprovar sua proposta e não a de Eduardo Jorge. A proposta FHC-MALAN foi a de reduzir, em mais de 50%, os valores devidos à saúde pela União. Se fizemos simulações para 2001, praticamente o primeiro ano típico da EC-29, se aplicada a regra da PEC 169, a União deveria aplicar em saúde R\$57 bi. Com a regra da EC-29 aplicou-se em saúde apenas R\$25,7 bi. Se simulados novamente os valores da União para a saúde em 2007, pela PEC 169, seriam R\$132 bi e o aplicado seguindo a EC-29 foram R\$44,3 bi. Menos de 1/3 do que previsto pela PEC-169!

A militância da saúde ainda aplaudia a aprovação da EC-29 desconhecendo, por conveniência ou desinformação, o que ficara decidido diametralmente oposto ao que se pretendia. A euforia da aprovação da PEC 169 cegou militantes e mesmo técnicos a ponto de não darem ouvidos a muitos que, como eu, trabalhava com simulações de valores finais das contrapropostas restritivas do Governo. A oferta do Governo cada vez era mais baixa que os mínimos defendidos pela PEC-169. Ainda se aplaudia pensando ser a proposta original da PEC 169 do Eduardo Jorge, mas, o aprovado já era totalmente diferente. Se tivessem escutado aqueles que estavam estudando a questão e tinham as simulações à mão, com certeza não estaríamos novamente de pires nas mãos sem solução para o financiamento da saúde. Temo que a história não se repita, mas deliberadamente, seja escrita nesta mesma falseta no próximo capítulo desta história, o da regulamentação da EC-29.

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA E A PROPOSTA DE REGULAMENTAÇÃO DA EC-29

Passada a euforia infundada gerada pela não percepção imediata do embuste da EC-29 no tocante ao montante de recursos federais, veio a ressaca. Mal havia sido aprovada já tínhamos que pensar em mobilizar todo mundo para modificar o teor da EC-29. Em seu texto já estava prevista uma possível revisão regulamentadora no prazo de cinco anos. Caso não fosse feita, permaneceriam os mesmos valores e critérios nela previstos. Estudos começaram a ser feitos. Abandonou-se o critério de defesa dos 30% dos recursos da seguridade e mais 10% dos recursos fiscais e passou-se a defender o mínimo de 10% das receitas correntes brutas da União. Era uma proposta conciliatória e mais palatável ao Governo. Historicamente, sempre o mais fraco é que já começa cedendo. Seriam menos recursos que os iniciais previstos por Eduardo Jorge, mas, bem mais que o prescrito na EC-29. Esta nova proposta denominada regulamentação da EC-29 tornou-se formal com o Projeto de Lei Complementar (PLP) 01-2003 do Dep. Roberto Gouveia, médico sanitaria paulista, que quando deputado estadual foi o mentor e proponente de uma série de leis que regulamentaram o SUS em São Paulo, incluindo-se o Código de Saúde. O PLP 01-2003 passou a ser a nova bandeira da Reforma Sanitária. Durante vários meses o Deputado Guilherme Menezes, médico baiano, nomeado relator do PLP, iniciou uma ampla escuta pública para colher sugestões para aperfeiçoar o projeto. A partir daí fez seu relatório que foi aprovado, a duras penas, na Comissão de Seguridade, pois, o Governo, agora Lula, fez de tudo para que não fosse aprovado na CSSF.

Havia forte pressão do movimento sanitário, das entidades de classe profissionais e de entidades de saúde e dos parlamentares que compõem a denominada Frente Parlamentar de Saúde para que fosse a plenário o relatório Guilherme Menezes. A pressão maior nasce de suscetibilidades, quando o Senado começa a aprovar o PLS 121 do Tião Viana nas comissões. Isto, e praticamente só isto, foi capaz de fazer o presidente da Câmara levar a plenário o PLP 01-2003 aprovando-o, conforme queria o Governo. Mas, o texto foi mudado na última hora, pouco antes da votação, pelo Governo e sua base de maioria na Câmara, contrariando o excelente texto do relator Guilherme Menezes. O aprovado foi com a fórmula da variação nominal do PIB e condicionando qualquer aumento, à prorrogação da CPMF. Assim foi

encaminhando ao Senado. Com a derrubada da CPMF no Senado, nem se votou o projeto da saúde. Voltou tudo à estaca zero e o aprovado na Câmara virou letra morta.

No início de 2008, logo após a comemoração do Dia Mundial da Saúde uma surpresa: votação e aprovação por unanimidade no Senado do PLS-121-07 do Senador Tião Viana. Euforia geral, pois o teor, relativo ao financiamento, atendia à proposta inicial dos 10% da Receita Corrente Bruta da União para a saúde mantendo os 12% dos Estados e os 15% dos Municípios. Foi previsto um escalonamento em quatro anos partindo de 8,5% depois 9%, 9,5% e finalmente 10% em 2011 o mesmo negociado e aprovado na XIII Conferência Nacional de Saúde. Alegria geral.

O aprovado no Senado foi remetido à Câmara que solenemente o esqueceu e apresentou um substitutivo cujo relator é o Dep. Pepe Vargas. Voltou-se ao projeto original da Câmara na base da variação nominal do PIB e condicionado à criação agora, da CSS Contribuição Social para a Saúde. Aprovado em bloco pela maioria do Governo na Câmara ficaram apenas os destaques que foram votados um a um com vitória por vezes apertada da bancada do Governo. Chegou-se à votação do último destaque e aí parou. As votações acontecem às quartas-feiras. As quartas feiras de maio-junho de 2008 foram insuficientes para votar todos os destaques. Faltou quorum na primeira delas, devido à debandada para assistir ao jogo do Corinthians... Na outra quarta, o jogo do Brasil... Na outra quarta, por ser a semana das festas juninas e a bancada do Nordeste ter alvará histórico para abandonar o congresso... Na outra semana, o recesso de julho... Nas outras semanas, o recesso branco da campanha eleitoral municipal de 2008...

Se se seguisse a ritualística, teríamos votação na Câmara com a aprovação ou não do projeto. Se aprovado, com a CSS ou não, deveria ir ao Senado que, ou ficaria com sua proposta, ou aceitaria a da Câmara ou faria um mix das duas sem alterar artigos. Quando finalmente fosse aprovado no Congresso (Câmara e Senado) e enviado ao Palácio o presidente Lula já tem sua posição declarada na mídia: “se chegar aqui algum projeto de aumento de recursos para a saúde, sem indicação de nova fonte, ele será vetado”.

Inicialmente a proposta de mais recursos para a saúde sucumbiu, por todos estes grandes “intransponíveis entraves nacionais” descritos acima (Corinthians, Brasil, Juninas, Recesso, Eleições Municipais...). Agora, chegou a hora da conjuntura internacional inviabilizar, de vez, qualquer votação de mais recursos para a saúde ou de criação de um novo imposto-contribuição. A análise de conjuntura aponta para a impossibilidade de votação neste

e no próximo ano de qualquer novo dinheiro para a saúde e muito menos de um novo imposto-contribuição. Eis o impasse do financiamento atual do sistema público de saúde.

Vale lembrar que aqui se abordou mais diretamente a questão do montante de recursos para a saúde, mas, ambos os projetos (PLP 01-2003 ou PLS 121-2007) trazem em seu texto outras questões correlatas e importantes para a saúde: a definição das ações e serviços de saúde que podem ser financiadas com os recursos da saúde, e das ações (condicionantes e determinantes) que não podem ser financiadas pela saúde; a redefinição dos critérios de transferências federais e estaduais; medidas de transparência, visibilidade e controle e outras questões.

Tenho receio, ainda uma vez, que tenhamos que fazer o jogo do contente: ficar comemorando mais definições e preciosismos (muitos deles já claros na Lei 8080⁽¹⁰⁾ como o que são e não são ações de saúde) e amargando a não definição de mais recursos federais para a saúde. Melhora-se o cardápio, mas continua-se sem dinheiro para comprar os ingredientes!

CONCLUSÃO

Hoje estamos em mais uma real e profunda crise do financiamento da saúde. O impasse tem vários nós críticos. O Ministério da Saúde desde a EC-29 vem, sistematicamente, deixando de cumprir com os mínimos constitucionais colocando despesas não saúde como sendo da saúde: gastos com a saúde privada dos servidores; restos a pagar não pagos e sem lastro; farmácia popular; bolsa família etc. O total de débito federal, corrigido, está em cerca de R\$10 bi. Os Estados, igualmente, descumprem a EC-29. Só no ano de 2006, deixaram de aplicar em saúde R\$3,4 bi e a soma dos débitos corrigidos é de cerca de R\$20 bi. Já os municípios, em sua quase totalidade, vêm cumprindo os mínimos constitucionais. A média de aplicação percentual dos municípios tem sido de 20% o que representa 30% a mais que o mínimo legal de 15%. Só em 2006 os municípios aplicaram cerca de R\$6 bi a mais que o mínimo.

Estudos estimativos de 2007 mostram que dos R\$94,4 bi de recursos públicos aplicados, diretamente, em saúde, a União foi responsável por 47% enquanto administra 60% da arrecadação pública. Os Estados se responsabilizaram por 26%, enquanto ficam com 24%

da arrecadação. Os municípios se responsabilizaram por 27% destes recursos quando ficam com apenas 16% da arrecadação.

Neste mesmo estudo estimativo o gasto privado direto com saúde somou em R\$98,4 bi sendo cerca de 50 bi dos planos e seguros, 21 bi do desembolso direto e 27 bi do gasto direto com medicamentos. Não se esquecer que, nestes recursos privados, existe participação pública através de renúncia fiscal (R\$8 bi em 2007): descontos de pessoa jurídica e física no imposto de renda, alíquotas menores para determinados medicamentos e isenções dadas a instituições filantrópicas de saúde. O total estimado do gasto com saúde foi de R\$192,8 bi o que daria um valor de R\$1.050 habitantes ano, se somados público e privado. Se considerarmos apenas o gasto público direto com saúde temos R\$514 ano, ou seja, R\$1,41 habitante dia. Se convertido isto no dólar de 2007, tanto o do câmbio como principalmente o dólar internacional ou pela capacidade do poder de compra, teremos de gasto total (público e privado) entre 700 e 1000 dólares anos. No mesmo período países da OCDE gastaram entre três mil e sete mil dólares habitante ano somados às vantagens para a saúde de melhores condições gerais de vida e educação, fortes condicionantes e determinantes da saúde.

Ainda que a crise do subfinanciamento da saúde seja crônica, ela se agudiza circularmente a cada pouco ou quase nada de tempo. E este é um momento de agudização. A saída para o financiamento da saúde não deve, nem pode, ser vista sob a ótica exclusiva da falta de dinheiro. Tenho repetido a cada texto e fala que a saída para o financiamento da saúde depende da Lei dos Cinco Mais. 1) Mais Brasil: onde fica patente que não haverá melhor saúde se não se mudarem as condições de vida do brasileiro com emprego pleno, melhores salários, casa, comida, educação, lazer, cultura, meio ambiente, saneamento etc. 2) Mais Saúde - SUS: impossível ter mais saúde a continuarmos fazendo o anti-SUS onde se repete um sistema voltado mais e quase que exclusivamente, para a recuperação de doente que para a integralidade da associação entre promoção, proteção e recuperação da saúde. Mais eficiência: a complexidade da área de saúde, associada a incompetência gerencial administrativa tem levado a que se percam recursos no processo de se fazer saúde demandando um choque de eficiência tanto na saúde privada como pública. Mais honestidade: combater, por todos os meios, os atos de corrupção em que diariamente a saúde se vê envolvida, tanto por ataques externos, quanto pelos internos. Mais recursos: a necessidade de mais recursos destinados à saúde está suficientemente demonstrado e evidente. Lutar apenas por mais recursos seria insuficiente e inócuo. De outro lado querer reduzir os problemas de

saúde à ineficiência e corrupção é igualmente falso. A luta pela conquista do direito à saúde não pode ser apenas dos governos, gestores e profissionais de saúde, mas de toda a população. Neste momento não se tem conseguido empolgar os cidadãos usuários e a sociedade em geral, por esta luta. Tem sido fraco e insuficiente nosso esforço para repolitizar a luta por um SUS que seja suficiente e eficiente para ajudar a todos nós cidadãos a vivermos mais e melhor.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988 [acesso em 2008 nov. 5]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislação>.
2. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 1986. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1987.
3. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [acesso em 2008 nov. 5]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislação>.
4. Brasil. Lei nº 8.689, de 27 julho de 1993. Dispõe sobre a Extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS, e dá outras providências. [acesso em 2008 nov. 11]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislação>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Medindo as Desigualdades em Saúde no Brasil; Brasília (DF): OPAS-OMS-IPEA; 2001.
6. Carvalho G. Financiamento Federal para a saúde – 1988-2001. São José dos Campos (SP); 2002.
7. Carvalho G. Gastos com a Saúde no Brasil 2007. [s.d.] [acesso em: 2008 nov. 5]. Disponível em: <http://www.idisa.org.br>.
8. Carvalho G, Santos L. Comentários à lei orgânica da saúde (leis 8.080/90 e 8.142/90): sistema único de saúde. Campinas (SP): Unicamp; 2001.
9. Médici AC. O Desafio da Descentralização: financiamento Público da Saúde no Brasil. Washington (DC): BID; 2002.
10. Brasil. Lei nº 8.080, de 9 de novembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [acesso em 2008 nov. 5]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislação>.