

O comportamento dos recursos destinados à Saúde no Brasil: uma transferência de renda (1995-2009)

Gislaine Messias de Lima
Carlos Alberto Ferreira Lima

INTRODUÇÃO

É notória a necessidade de desenvolvimento da saúde pública para o satisfatório atendimento de toda a população brasileira, conforme garante o texto constitucional do país, tanto na literatura especializada quanto na percepção e vivência do cidadão comum. Esse cenário vem sendo muito bem retratado pelos meios de comunicação de massa.

Ao voltar o olhar para um dos aspectos desse universo, o presente trabalho buscará examinar o comportamento dos recursos destinados à saúde no Brasil, de 1995 a 2009. O recorte examinado parte do trabalho de Gentil (2006), visitando os números dos resultados do Orçamento da Seguridade Social da União, definido pela Constituição de 1988, de 1995 a 2005, e, em seguida, a observação debruça-se sobre os números da execução orçamentária da função saúde no governo federal, de 1995 a 2009.

O Orçamento da Seguridade Social é destinado constitucionalmente para a Previdência, Saúde e Assistência Social. Visando ao entendimento do porquê dessa conformação, no presente trabalho fez-se uma leitura histórica do desenvolvimento da previdência e do atendimento à saúde no Brasil, ao longo do século XX. Isso porque as Políticas de Saúde no Brasil têm relação histórica com as Políticas de Previdência Social. A partir da história do sistema de proteção social brasileiro, percebe-se a conformação das políticas públicas de saúde no Brasil (COHN; ELIAS, 1996; MENDES, 1993).

Assim, apresentar-se-á a história do sistema de previdência social e sua relação com o sistema de saúde no Brasil, além das políticas de saúde no século XX. Em seguida, faz-se a observação dos números da Seguridade Social, de 1995 a 2005, e dos números da execução do orçamento da função saúde no âmbito federal, de 1995 a 2009, passando-se pelo entendimento das regras constitucionais definidas para aplicação mínima de recursos no setor saúde, em todas as esferas federativas (União, Estados e Municípios), adicionadas pela Emenda Constitucional 29, de setembro de 2000 (EC 29/00).

Gislaine Messias de Lima é Servidora da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda, graduada em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP), especialista em Contabilidade Pública pela Universidade de Brasília (UnB) e mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Carlos Alberto Ferreira Lima é Professor Adjunto IV do Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília (UnB), graduado em Economia pela Universidade de Brasília (UnB) e Professor Colaborador da Universidade Federal do Pará (UFPA), mestre em Análise Regional e Remanejamento do Espaço e doutor em Política e Programação de Desenvolvimento pela Université Paris 1 (Pantheon-Sorbone).

Por fim, à luz dos números apresentados, discute-se o quanto o país, diga-se, a União, vem restringindo à aplicação de recursos na função saúde, ao passar diversos degraus de redução: primeiro pela sistemática redução do orçamento da seguridade social, sendo calçada a partir de 2000 pela EC 29/00, com o limite mínimo de aplicação de recursos na saúde na esfera da União, além de ser acompanhada, por todo o período observado, pela perene execução orçamentária abaixo do limite legal autorizado.

Com base no caminho percorrido, tem-se que, nos últimos 15 anos, aproximadamente potenciais 292 bilhões de reais deixaram de ser aplicados no setor saúde, recursos suficientes para transformar radicalmente essa área social do país, cumprindo e fazendo cumprir os desígnios constitucionais de promoção da equidade entre os cidadãos.

COLETA DOS DADOS

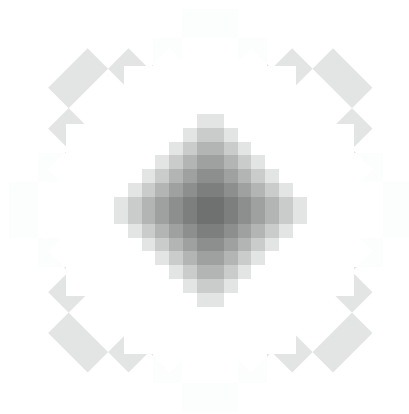
Os dados apresentados no presente trabalho foram coletados na literatura especializada e nos relatórios públicos divulgados pelo Governo Federal, disponíveis na rede mundial de computadores (internet), por meio do sítio eletrônico http://www.tesouro.fazenda.gov.br/contabilidade_governamental/gestao_orcamentaria.asp.

Os relatórios de execução da despesa do Governo Federal analisados, ao longo dos anos, foram sofrendo modificações de formatação e nomenclatura, e atualmente são denominados Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária (RREO). A coleta dos números ocorreu nos relatórios disponíveis no endereço eletrônico acima citado, em 09/06/2010.

Para se capturar o percentual do orçamento executado a cada exercício financeiro, foi realizado o cálculo do índice de execução orçamentária, que é a razão entre o montante do orçamento executado (liquidado) e o montante da dotação orçamentária (montante legalmente autorizado a se executar). Esses cálculos foram efetuados ano a ano, de 1995 a 2009, e apresentados nas Tabelas 2 e 3 do presente estudo. Complementarmente, são apresentadas as Tabelas 4 e 5, com o montante em reais dos recursos não executados, bem como seus índices percentuais.

A HISTÓRIA DO SISTEMA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL E SUA RELAÇÃO COM O DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Nos primórdios do sistema previdenciário brasileiro tem-se o seguro de acidente do trabalho, instituído em 1919. Em seguida, o governo instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado, organizadas por empresas, administradas e financiadas por empresários e trabalhadores. Tinham a função de prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica aos seus filhos e dependentes,



com serviços médicos comprados por meio de credenciamentos. Essas podem ser consideradas as raízes da privatização da assistência médica no Brasil, sob uma política previdenciária instituída pelo Estado, custeada pelo trabalhador e sem ônus algum para os cofres públicos (COHN; ELIAS, 1996; MENDES, 1993).

As CAPs multiplicaram-se rapidamente entre os vários tipos de empresas, principalmente no Sudeste do país. Na década de 30 foram unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), sucessivamente criados por categorias profissionais, tais como dos Marítimos, dos Comerciais, dos Bancários etc. Estes Institutos passam a ter um caráter nacional, por setor de atividade e não mais por empresa e a contribuição passa a ser tripartite, agregando-se, como contribuinte, o Estado.

Instala-se, na Previdência Social, um seleto grupo de tecnocratas, os denominados cardeais do IAPI, portadores de uma teoria do seguro social e que viriam a dar os rumos do projeto de saúde hegemônico até o início dos anos oitenta.

A constante ameaça de insuficiência de recursos por parte dos IAPs devido à grande demanda faz com que se adote um regime de capitalização, utilizando os recursos dos Institutos como capital de investimentos, em empresas estatais ou em empresas nas quais o Estado fosse acionista majoritário. Expande-se o patrimônio imobiliário da Previdência Social e fica evidente a drenagem dos recursos previdenciários para o financiamento de empreendimentos econômicos estratégicos para a industrialização do país, tendo como exemplos a Companhia Hidrelétrica Vale do São Francisco, a Companhia Siderúrgica Nacional, a Petrobrás, Itaipu e até a construção de Brasília.

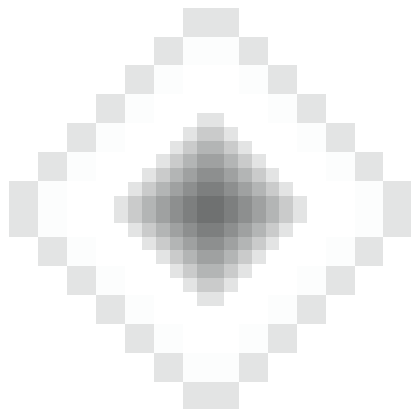
Isso demonstra que os investimentos escapavam totalmente do controle dos trabalhadores, embora fossem destes e das empresas também o dinheiro. E caracteriza os traços principais da política previdenciária brasileira: centralização, burocratismo (gigantesco aparato institucional) e ineficiência.

A partir da década de quarenta, com a denominada democracia populista, os trabalhadores passaram a reivindicar o controle dos investimentos por eles financiados, numa disputa entre Estado e trabalhadores. Durante a década de cinquenta, com a grande industrialização, cresce em volume todo o sistema previdenciário (recursos, aparato institucional e clientela a ser atendida). Na década de sessenta ocorre a uniformização dos benefícios prestados pelos Institutos (Lei Orgânica da Previdência Social), passando a ser assumida como parte inerente da Previdência Social a responsabilidade pela assistência médica individual aos seus beneficiários. A Previdência Social passa então de fonte de recursos para investimentos em setores básicos da economia para possibilitar a manutenção da força produtiva de trabalho.

A partir do golpe de 64 é intensificado o caráter assistencialista da Previdência Social. O governo militar implementa a unificação da Previdência Social: em 1966 cria-se o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social). Nenhuma forma de participação da sociedade civil ocorreu neste período.

Na década de setenta a Previdência passa a representar um orçamento importante para o Estado, é criado em 1974 o MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social. No início dessa década também é criado o FUNRURAL, fundo específico para os trabalhadores rurais, uma extensão da Previdência Social. Outras extensões foram também assistidas no decorrer dessa década para pessoas acima de 70 anos e inválidos que em algum período contribuíram para a Previdência, trabalhador rural acidentado no trabalho, salário-maternidade, empregadas domésticas, autônomos, desde que contribuintes. Porém, esbarrava-se na centralização, no ritual de papéis e carimbos, no gigantismo da máquina, o que acabava por restringir o acesso real a essas medidas. Todas essas medidas emergem na segunda metade da década de setenta, quando a crise pós-milagre econômico começa a se apresentar.

Em 1977 ocorre uma reformulação do sistema previdenciário: é instituído o SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social. O SINPAS separa a Previdência Social da Assistência Médica. Esta última que era também da responsabilidade do antigo INPS, passa a ser responsabilidade de um novo órgão, o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). A partir deste período os serviços médicos passam a ter destaque e não mais as aposentadorias e pensões, avança-se num discurso universalizante.



A assistência médica passa a ter um importante volume de recursos, que foram destinados, de maneira garantida e sem riscos, aos setores que proporcionavam esses serviços, pois era da responsabilidade do Estado o repasse das verbas.

O SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social) era formado pelos seguintes órgãos:

- INPS (Instituto Nacional de Previdência Social);
- INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social);
- IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social);
- DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social);
- LBA (Fundação Legião Brasileira de Assistência);
- FUNABEM (Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor) e
- CEME (Central de Medicamentos).

No final da década de setenta veio a público que o SINPAS apresentava um enorme rombo financeiro da Previdência Social, o qual vinha ocorrendo há anos e só o governo tinha acesso a tais informações.

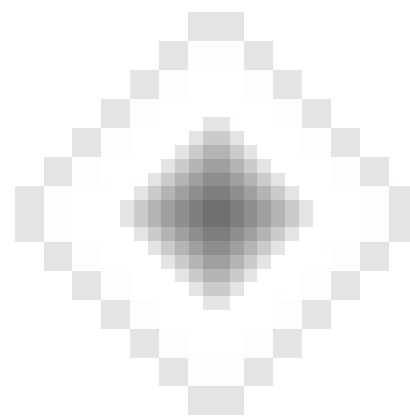
O Brasil passa pelos anos oitenta marcado com o início da construção de uma sociedade democrática e com a promulgação da Constituição de 1988. Ocorrem avanços significativos na área da proteção social: a universalidade do direito aos benefícios previdenciários a todos os cidadãos, contribuintes ou não do sistema, a equidade ao acesso e na forma de participação no custeio, a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços, a irredutibilidade do valor dos benefícios, a diversidade da sua base de financiamento e a gestão administrativa descentralizada, com participação da comunidade.

O atual texto constitucional inaugurou não mais um sistema de seguro social, mas de Seguridade Social, constituído por um conjunto integrado de ações nas áreas da Saúde, Assistência e Previdência Social. Foi destacado o Orçamento da Seguridade Social, com fontes próprias de financiamento. A Constituição? Define em seu art. 195 que a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos dos da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios, e também das seguintes contribuições sociais: do empregador (sobre a folha de salários, sobre a receita ou faturamento, sobre o lucro) e do empregado; sobre a receita de concursos prognósticos e sobre o importador de bens e serviços do exterior. Gentil (2006) destaca que a Constituição estabeleceu que os governos devem participar com recursos do orçamento fiscal para atender às necessidades da seguridade social.

Dessa forma, a partir da construção do sistema previdenciário brasileiro, consolidou-se o Sistema de Saúde no Brasil, como área específica e com fonte de financiamento estabelecida constitucionalmente, pertencente à Seguridade Social.

AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO SÉCULO XX

Nas primeiras décadas do século XX o operariado brasileiro vivia situação de extrema penúria. O Brasil veio de uma perene dominação externa ao longo de sua história, começando pelo colonialismo dos portugueses, os quais sugaram nossas riquezas por mais de três séculos, depois os ingleses e os norte-americanos. Estes últimos de certa forma continuam ditando o ritmo da organização político-econômica do Brasil, de acordo com seus interesses. As consequências dessa opressão generalizada foram desastrosas, e a saúde é um exemplo disso (SIQUEIRA-BATISTA, 1996; MENDES, 1993).

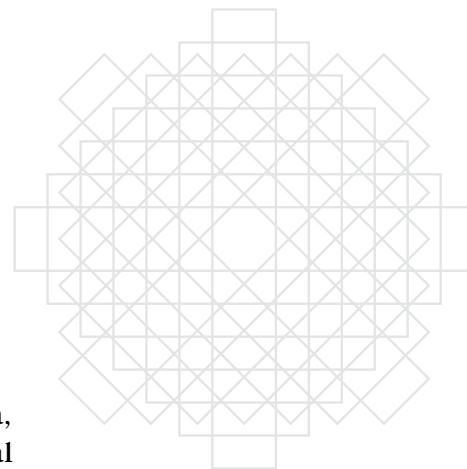


O Sistema de Saúde brasileiro passou de Sanitarista Campanhista para o modelo Médico-Assistencial Privatista, desde o começo deste século até os anos oitenta, quando chegou ao Projeto Neoliberal. Consolidou-se a hegemonia deste último e se conformou uma contra-proposta, a Reforma Sanitária Brasileira, que culminou com a instituição de um Sistema de Saúde, previsto na Constituição de 1988 (MENDES, 1993; COHN; ELIAS, 1996).

O modelo Sanitarista Campanhista vigorou até a metade dos anos sessenta, com uma visão de inspeção militarista, policial campanhista, para combater doenças de massa, intervindo de maneira repressora sobre os corpos individual e social, sendo as decisões altamente concentradas.

Esse modelo serviu ao contexto econômico-político. A economia era baseada na agroexportação, principalmente de café. A erradicação ou controle de doenças era fundamental para que não viessem a prejudicar as exportações. Portanto, o que se exigia do sistema de saúde no Brasil era essa política de saneamento dos lugares por onde passavam as mercadorias a serem exportadas.

A partir do processo de industrialização houve o fim do modelo econômico agroexportador e o aparecimento da Assistência Médica da Previdência Social. As ações campanhistas foram diminuindo e a atenção médica da Previdência Social aumentando, levando à conformação e hegemonização do modelo Médico-Assistencial Privatista. O importante não era mais o saneamento dos lugares de exportação das mercadorias, mas sim manter e restaurar a capacidade produtiva do trabalhador operário.



Em 1975 é consolidado o modelo Médico-Assistencial Privatista, com a separação das ações de “saúde pública” para o setor estatal (não-rentáveis) das ações de “atenção médica” para o setor privado (rentáveis). O Estado comporta-se como grande financiador do sistema através da Previdência Social, o setor privado nacional apresenta-se como o maior prestador de serviços de atenção médica e o setor privado internacional torna-se o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos.

No final da década de setenta o modelo Médico-Assistencial Privatista deflagra seus problemas, por excluir parcelas importantes da população e pela própria crise financeira (nacional e internacional) que atinge este setor. A necessidade de se desenvolver e expandir uma modalidade assistencial de baixo custo para os contingentes populacionais excluídos (das periferias das cidades e das zonas rurais) se faz presente.

Inicia-se um grande desenvolvimento de Cuidados Primários de Saúde buscando-se difundir o ideário de saúde como um bem universal e desejável. No Brasil assiste-se um sucateamento da assistência à saúde ao invés de uma nova maneira de se promover a saúde a todos. A crise no campo da saúde ficou evidente e os meios de comunicação retrataram muito bem o que ocorria no cotidiano. A partir dessa situação desenvolve-se o movimento contra-hegemônico da saúde, surgido nas Universidades, vindo a tornar-se a Reforma Sanitária Brasileira.

A Reforma Sanitária e as políticas de saúde no Brasil se conformam nas décadas de oitenta e noventa dentro de uma profunda crise econômica e do processo de redemocratização do país, assim conceituada:

[...] um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema. (MENDES, 1993, p.42)

São ressaltados três aspectos fundamentais: um conceito abrangente de saúde; a saúde como um direito de cidadania e dever do Estado; e a instituição de um Sistema de Saúde que tenha como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização e a participação popular.

O processo de descentralização e municipalização da saúde vai se organizando gradualmente. E como etapas deste processo estão as implantações das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), culminando com o Sistema Único de Saúde (SUS). E para reforçar os princípios e propostas do SUS, o Ministério da Saúde (MS) elaborou e incentivou a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1997B)

As AIS tiveram dois momentos, um de 1983 a 1985 e outro de 1985 a 1987. No segundo momento das AIS, profissionais oriundos do movimento sanitário assumiram postos de importância estratégica nas instituições federais mais relevantes ligadas à saúde, o que significou uma institucionalização do projeto da Reforma Sanitária. Neste momento, as AIS adquirem nova qualidade, num mecanismo de planejamento descentralizado e integrado.

Em teoria, as Ações Integradas de Saúde propunham-se a integrar os serviços públicos de saúde, descentralizar o sistema de assistência médica, e criar uma 'porta de entrada' para o sistema através de uma rede básica de serviços de saúde. A regionalização do sistema era fundamental e o gerenciamento, através de órgãos colegiados interinstitucionais, deveriam contar com a participação da comunidade usuária dos serviços (PIMENTA, 1993).

Ocorreu a expansão da cobertura a baixo custo por meio da recuperação da capacidade instalada ociosa dos serviços estaduais e municipais da saúde. Ao mesmo tempo havia um esvaziamento econômico e político do poder local, o que tornou a maioria dos municípios brasileiros incapazes de enfrentar problemas básicos, como os relacionados à saúde.

Assim, as AIS teriam que contar com recursos significativos para assumirem a expansão da cobertura, e, ao mesmo tempo, não conseguiram romper com a visão privatista da saúde, uma vez que utilizavam os repasses de recursos na mesma lógica

do setor privado, privilegiando as ações individuais e curativas em detrimento das ações coletivas e da qualidade do atendimento.

As AIS em 1987 chegam a atingir 70% da população total do país. Neste momento o país atravessava um aprofundamento da crise econômica, e as AIS vão mostrando sua fragilidade, a descentralização não passa do discurso, os governos municipais não definem políticas de saúde, depende da boa vontade dos dirigentes locais trabalhar de forma integrada ou não. E a necessidade de consolidar juridicamente a proposta de descentralização surge, e recebe apoio da maioria dos estados. Havia a necessidade de superar a forma de pagamento por produtividade. O Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), através do INAMPS, propõe um reordenamento do sistema de saúde, através de um Decreto Presidencial: é criado o SUDS.

O SUDS foi um aprofundamento das AIS, um avanço no processo de descentralização. Propunha a "municipalização" dos serviços básicos de saúde, ou seja, os governos municipais passariam a gerenciar os serviços estaduais e receberiam recursos financeiros para custearem parte de seus serviços próprios. Também neste caso a realidade de cada município determinou o grau de implantação da descentralização/integração. Os recursos para investimento no setor, ao contrário dos recursos para custeio, dependiam de negociações político-partidárias entre os governos estaduais e municipais.

Em 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional De Saúde, a qual confluíu todo o movimento sanitário, o projeto contra-hegemônico. Foi um processo amplo de discussão, ocorrendo desde conferências municipais, estaduais, até chegar à nacional. As finalidades da Conferência eram contribuir para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, proporcionando subsídios para a Assembleia Nacional Constituinte. As propostas da VIII Conferência foram contempladas em linhas gerais na Constituição de 1988 (MENDES, 1993; PIMENTA, 1993).

Até 1990 o Sistema de Saúde continuou operando nos moldes do SUDS. No fim desse ano o Presidente da República homologa as Leis de Regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS). São as Leis Orgânicas da Saúde 8080 e 8142.

A partir de 1991 vários municípios fazem suas primeiras Conferências e formam seus Conselhos Municipais de Saúde. É elaborada a Norma Operacional Básica nº 1, a qual estabelece a nova sistemática de repasse de recursos para Estados e Municípios, através do pagamento por produção de serviços. Os Municípios passam a ser tratados como meros prestadores de serviços e as ações melhor remuneradas são as que envolvem alta tecnologia, de caráter curativo e individual. As ações coletivas são mal remuneradas, ou até não-remuneradas. Estratégias passam a ser propostas como alternativas para transformar o modelo vigente de assistência à saúde.

Em 1997 o Ministério da Saúde publica ‘Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial’, onde é explanado o que ficou conhecido como Programa Saúde da Família (PSF), o qual busca o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. A família passa a ser o alvo de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive.

As ações sobre esse espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompa os muros das unidades de saúde e enraíze-se para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam. (BRASIL, 1997B, p. 8).

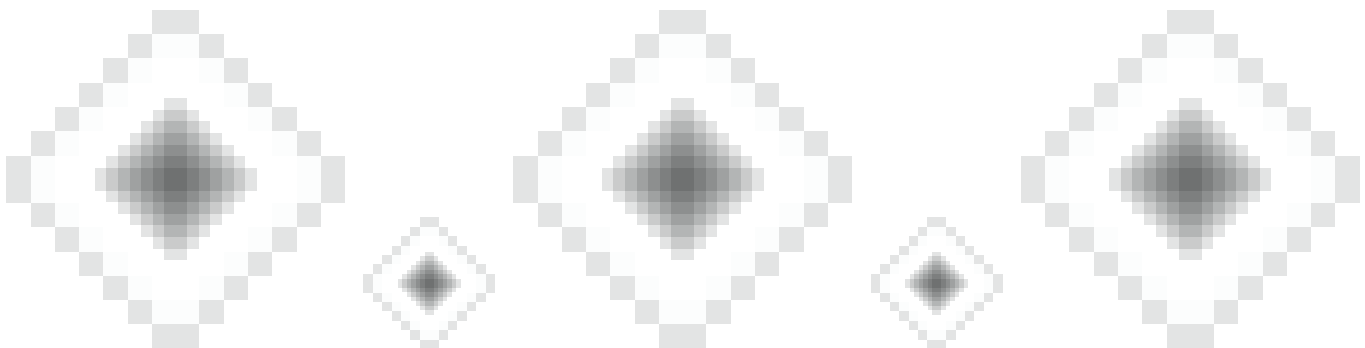
Segundo Marques & Mendes (2003), é clara a intenção de expansão da Atenção Básica de Saúde a partir da segunda metade da década de noventa, partindo do governo federal e em seguida dos estaduais, avançando-se no processo de municipalização da saúde, com a priorização das transferências de recursos em detrimento do pagamento direto ao prestador de serviços, com incentivos para o financiamento de ações de em

nível da atenção básica, sendo o PSF um exemplo. Os governos federal e estaduais incentivaram a implantação do PSF, como a principal estratégia para o fortalecimento da atenção básica, sendo para o SUS a sua porta de entrada.

O avanço do SUS aumentou a participação dos municípios no financiamento da saúde, embora a participação da União continue sendo a principal fonte de recursos. Houve uma grande expansão do PSF, estando presente na grande maioria dos municípios brasileiros (4.266), sendo esse ente federativo largamente responsável pelos recursos despendidos nesse programa. Com isso, apesar dos incentivos financeiros destinados à atenção básica, a crise das finanças dos municípios, aliadas às limitações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, a partir de 2000, no tocante às despesas com pessoal, contribuiu para a dificuldade na administração dos gastos com pessoal do PSF.

Os recursos transferidos pelo governo federal não cobriram os custos dos serviços do PSF. Os municípios acabam por executar outras políticas de saúde federais, por meio de transferências voluntárias, mesmo quando não atendiam às necessidades locais de saúde prioritárias de sua população, enfraquecendo no país o Programa de Saúde da Família.

Nesse cenário percebe-se uma contradição do sistema, pois, ao mesmo tempo em que se busca a regionalização dos serviços de saúde, aumentando a importância das transferências, há um engessamento na destinação dos recursos, tornando os governos locais executores das políticas de saúde definidas na esfera federal, ao se “carimbar” os recursos dentro de determinados programas, tornando a descentralização e a participação da comunidade princípios enfraquecidos (MARQUES & MENDES, 2003).



OS NÚMEROS DA SEGURIDADE SOCIAL (1995-2005)

Em que pese o imaginário de que não há recursos suficientes para os gastos com a Seguridade Social (destinados à Saúde, Previdência e Assistência Social) no Brasil, Gentil (2006) demonstra que o sistema de seguridade social no Brasil possui bases de financiamento sólidas e gera *superávit*.

Segundo a autora, a captação de receitas para a Seguridade inclui contribuições sociais que incidem sobre o faturamento, o lucro, a apuração das loterias, a movimentação financeira (à época, CPMF), além da contribuição previdenciária, tornando o sistema de seguridade social menos vulnerável ao ciclo econômico e promovendo a participação de toda a sociedade na contribuição da manutenção da saúde, da assistência social e da previdência, gerando condições para o Estado cumprir suas obrigações ao garantir os direitos de cidadania.

Em sua tese de doutoramento, Gentil (2006) concluiu que há margem considerável para a expansão da política social com gastos sociais e que não há sintoma de crise financeira na seguridade, diversamente do que é divulgado pela visão liberal-conservadora dominante.

Para se ter ideia de alguns dos números apresentados, de maneira sintética, pode-se observar a Tabela 1 a seguir:

Tabela 1 – Resultado Seguridade Social (receita – despesa), de 1995 a 2005, apresentado por Gentil (2006) nas tabelas 3 e 4 de sua Tese de Doutorado, em milhões.

Ano	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Resultado*	4.348	6.697	8.615	3.434	10.915	27.389	28.317	34.883	36.133	48.165	58.137

*Considerando a Receita total da Seguridade Social, sem a Desvinculação das Receitas da União (DRU) no valor de 20%.

A Desvinculação das Receitas da União (DRU) foi estabelecida por emenda ao texto constitucional, autorizando o governo a utilizar 20% das receitas de contribuições (não partilhadas com estados e municípios) de forma livre de qualquer vinculação a despesas específicas. A somatória dos valores Desvinculados das Receitas da União no período demonstrado pela autora foi de aproximadamente 160 bilhões de reais, a valores correntes de 2005. E a somatória do resultado da Seguridade Social, de 1995 a 2005 é de 267 bilhões de reais.

O *superávit* da seguridade tem servido aos propósitos da política fiscal, com geração de *superávits* primários em escala crescente.

O problema do déficit fiscal, portanto, não está nos gastos excessivos da seguridade social, mas no montante de recursos que o governo decide empregar no pagamento de juros da dívida pública. (GENTIL, 2006, p. 18).

Outro aspecto que pode ser percebido nos números apresentados por Gentil (2006) é o salto superavitário da Seguridade Social a partir de 2000, como pode ser visto na Tabela 1, com DRU acima de 20% principalmente a partir desse ano.

OS NÚMEROS DA SAÚDE

Em setembro de 2000 foi estabelecido um valor mínimo a ser aplicado na área da Saúde, para as três esferas de governos, com a Emenda Constitucional 29 (EC 29), e o que era para ser um patamar mínimo a ser aplicado pela União na área da Saúde, passou a ser entendido praticamente como o valor em si a ser aplicado.

Essa Emenda Constitucional vinculou recursos tributários das três esferas de governo para os gastos em ações e serviços de saúde, consolidando o co-financiamento na política de saúde. Definiu um patamar mínimo inicial, para 2000, de 7% das receitas municipais e estaduais a serem aplicadas em saúde e para a União um acréscimo de 5% sobre o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde pelo Ministério da Saúde (União) em 1999 (FAVERET, 2003).

Nos anos seguintes, até 2004, estados e municípios deveriam elevar esse percentual até atingir 12% e 15%, respectivamente, enquanto a União corrigiria seu percentual de acordo com a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

A regulamentação desse texto constitucional deverá ser feita por de lei complementar, mas como ainda não existe tal norma, continuaram a ser aplicadas as regras do texto da EC 29/00: 12% para estados; 15% para municípios e para a União o cálculo é baseado no montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde apurado no ano anterior (1999), acrescido de 5% a cada ano e corrigido, ou seja, corrigindo as despesas com a saúde, de acordo com a variação nominal do PIB.

Esse entendimento para a União foi dado pela Procuradoria Jurídica do Ministério da Fazenda, por meio do seu parecer PGFN/CAF n. 2.561/2000, de 7 de dezembro de 2000, no qual “ano anterior” foi entendido como 1999, para fins de acréscimo dos 5%. Desse modo, para Faveret (2003) o parecer “congelou” o orçamento do Ministério da Saúde entendendo que, ainda mesmo em 2004, o “ano anterior” é 1999 (acrescido de 5%).

A EC 29/00 garantiu, por um lado, recursos adicionais para a saúde, responsabilizando todos os entes federativos com o financiamento do SUS. Buscou-se um aumento gradual para os gastos em saúde dos entes federados, visando a minimizar as disparidades em relação aos valores despendidos em ações e serviços públicos de saúde pelas esferas subnacionais. Entretanto, na perspectiva da União, essa Emenda tornou-se irrelevante, levando em conta somente a indexação ao crescimento do PIB, podendo implicar no esvaziamento definitivo da relação do Orçamento da Seguridade Social como fonte de financiamento da Saúde (FAVERET, 2003).

Após a observação do comportamento dos recursos destinados à saúde na esfera federal em suas primeiras instâncias (definição do quanto seria direcionado à saúde), passa-se a notar o comportamento dos números a partir da execução orçamentária, ou seja, a partir da concretização dos números a cada exercício financeiro, de 1995 a 2009.

Tabela 2: Execução da Despesa do Governo Federal, na Função Saúde, de 1995 a 2002. Em Milhões.

	95	96	97	98	99	2000	2001	2002
Dotação (A)	16.055	17.153	20.199	18.577	19.756	20.998	24.586	26.970
Execução (B)	14.782	14.727	17.986	16.610	19.150	20.270	23.634	25.435
% (B/A)	92,07%	85,86%	89,04%	89,41%	96,93%	96,53%	96,13%	94,31%

Tabela 3: Execução da Despesa do Governo Federal, na Função Saúde, de 2003 a 2009. Em Milhões.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dotação (A)	28.026	34.415	39.000	42.291	49.173	52.738	59.559
Execução (B)	27.172	32.973	36.483	40.577	45.723	50.138	58.149
% (B/A)	96,95%	95,81%	93,55%	95,95%	92,98%	95,07%	97,63%

À Execução de 2007 foram somados os Restos a Pagar não Processados no valor de 5.507.719. Se descontados, o percentual B/A vai a 81,78%

À Execução de 2008 foram somados os Restos a Pagar não Processados no valor de 5.585.939. Se descontados, o percentual B/A vai a 84,48%

À Execução de 2009 foram somados os Restos a Pagar não Processados no valor de 8.415.815. Se descontados, o percentual B/A vai a 83,3%

Tabela 4: Montante do Orçamento não Executado na função Saúde, de 1995 a 2002, em Reais e em Porcentagem. Em Milhões.

	95	96	97	98	99	2000	2001	2002
Montante (R\$)	1.273	2.426	2.213	1.967	606	728	952	1.535
Porcentagem	7,93%	14,14%	10,96%	10,59%	3,07%	3,47%	3,87%	5,69%

Tabela 5: Montante do Orçamento não Executado na função Saúde, de 2003 a 2009, em Reais e em Porcentagem. Em Milhões.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Montante (R\$)	854	1.442	2.517	1.714	3.450	2.600	1.410
Porcentagem	3,05%	4,19%	6,45%	4,05%	7,02%	4,93%	2,37%

A partir dos números observados nas Tabelas de 2 a 5, pode-se observar que em todos os anos (1995 a 2009) não houve a utilização completa dos recursos que estavam destinados para a Função Saúde no Governo Federal, gerando uma média de ociosidade de aplicação de recursos na ordem de um bilhão e setecentos milhões de reais por ano, totalizando, aproximadamente, nos últimos 15 anos, sem atualização de valores, vinte e cinco bilhões de reais. Esses resultados são fruto de uma somatória simples da linha “Montante (R\$)” das Tabelas 4 e 5.

Vale ressaltar que nos anos de 2007, 2008, e 2009, parte considerável da execução foi registrada por meio de Restos a Pagar não processados, como pode ser observado na Tabela 3, o que pode gerar um aumento ainda mais significativo do montante não executado nesses exercícios financeiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos números apresentados neste estudo, percebe-se que a União sistematicamente restringe os recursos que poderiam ser aplicados no campo da saúde, tanto com base em ditames legais quanto discricionários. Essa restrição ocorre no decorrer de vários degraus.

Primeiramente com a redução do orçamento da seguridade social, por meio de seu sistemático *superávit* (despesas menores que receitas), totalizando aproximadamente 267 bilhões de reais a valores correntes de 2005, de acordo com Gentil (2006). Desse montante, por volta de 160 bilhões de reais são das Desvinculações das Receitas da União.

Num segundo momento, “congelou-se” o orçamento destinado à saúde com a edição da EC 29/00, definindo-se um limite mínimo de aplicação de recursos na saúde na esfera da União, tomando-se por base os números de 1999 (FAVERET, 2003).

Em terceiro lugar, apurado no âmbito deste trabalho, nos últimos 15 anos deixou-se de aplicar, na função saúde do Governo Federal, sem atualização de valores, 25 bilhões de reais, por não execução orçamentária, observando-se uma perene execução orçamentária abaixo do limite legal autorizado.

A partir dos números observados, pôde-se notar, nos últimos 15 anos, que o comportamento dos recursos destinados à saúde no Brasil, no âmbito da União, apresentou o potencial para aplicar, aproximadamente 292 bilhões de reais, designados para outros setores com base em autorizações constitucionais, legais e discricionárias.

Campos (1996), em seu trabalho “Saúde: o diagnóstico do diagnóstico”, discorre sobre a marcha da privatização da saúde que se observa na história do país, voltando os custos da saúde para o próprio trabalhador, em vez de recair sobre os capitalistas que continuam a receber o pagamento dos juros da dívida pública, deixando clara a situação de transferência de renda, dos mais pobres para os mais ricos, transferindo os recursos oriundos de toda a sociedade para, prioritariamente, os detentores dos direitos sobre a dívida infinita que assola o país, em detrimento das necessidades presentes, e de toda a ordem, das camadas mais carentes da população.

O autor destaca também sobre a indústria da doença:

A doença e a sua preservação são tão necessárias ao capitalismo como a produção de remédios, pois a indústria é garantida pela preservação da doença, pelo alargamento do mercado de doentes. Um medicamento que eliminasse a doença seria mortal para as finanças da indústria capitalista de remédios e para os investimentos em pesquisas privadas. (CAMPOS, 1996, p. 06)

Além disso, o sistema de saúde no país vem se constituindo na lógica do lucro, desviando recursos para empresas hospitalares, rebaixando o nível de prestação de serviços médico-hospitalares e criando inúmeras possibilidades de fraudes. Não é por falta de recursos que se não se cria uma recuperação do sistema de saúde pública.

Os recursos públicos vazam pelas veias abertas do SUS para alimentar os lucros dos hospitais privados, o sistema capitalista revela sua exclusão do social, ao tamponar as despesas com a vida: 56% das disponibilidades do orçamento federal para com a infância não foram utilizados no exercício de 1995 (CAMPOS, 1996, p. 12-13).

Numa situação limite, a utilização de 292 bilhões de reais no setor saúde seriam recursos suficientes para transformar radicalmente essa área social do país, cumprindo e fazendo cumprir os desígnios constitucionais de promoção da equidade entre os cidadãos. A própria deficiência na execução da administração da coisa pública pode ser sanada com investimentos sérios e vultosos na formação do capital humano.

No presente trabalho pôde-se perceber que no setor Saúde o Brasil apresenta tanto a tecnologia do fazer saúde, com programas e propostas que alcançam a população e seus anseios com cuidados preventivos e de promoção da saúde, quanto recursos para serem aplicados generosamente neste setor. O que falta? Parece que decisão de se construir um país onde as pessoas são respeitadas e consideradas. A decisão de se construir um mundo onde o mais importante seja o sujeito e não o objeto-capital.

LIMITES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES

Alguns limites foram observados no decorrer da elaboração do presente estudo. O primeiro deles está ligado à não-captação dos recursos relacionados com a área da saúde e que estão no interior de outras funções orçamentárias, fora da função saúde. É bem possível que esse montante não seja significativo, porém, deveria ser investigado em outros trabalhos.

Um segundo limite apresentado é a não-correção dos valores observados a valores correntes de 2010. Essa correção poderia atualizar os dados ora apresentados, atividade que deve ser realizada em futuros estudos.

Outro aspecto que pode ser explorado em estudos futuros é a discussão dos números deste trabalho à luz das contingências históricas, econômicas e políticas do período pesquisado, construindo-se inclusive comparações relacionadas ao desempenho da economia do país, de acordo com a variação do PIB nacional.

Esses destaques podem vir a contribuir para o campo da economia da saúde, incentivando estudos nas seguintes áreas: i) modelos e formas de financiamento, relacionando os gastos setoriais e níveis de saúde, ii) incentivos que afetam o comportamento dos agentes profissionais de saúde e usuários; iii) tendências contemporâneas do financiamento e da gestão dos serviços de saúde; iv) instrumentos de avaliação econômica — custo-benefício, custo-efetividade e custo-utilidade; v) concepções sobre custos, com destaque ao custo-oportunidade, custo médio marginal e as diferenças entre custo econômico e contábil, entre outros, destacando-se, no âmbito do papel do Estado, principalmente três: a função distributiva dos sistemas de saúde; a institucionalização do direito à saúde; e a provisão de serviços de saúde pelo setor público ou pelo setor privado e sua regulação.

Ademais, vale estimular o estudo desse campo das Finanças Públicas da área da saúde para os setores de controle interno e externo do país, visando a contribuir para com a fiscalização e o monitoramento da aplicação dos preciosos recursos do Erário nas políticas sociais dos governos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Organizadores: Valmir Ascheroff de Siqueira, Ana Paula Lorena Leitão Rosa e Patrícia Boni de Azevedo. Rio de Janeiro: Esplanada, 1997A. (Coleção ADOCAS).

_____. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: MS, 1997B.

CAMPOS, Lauro. *Saúde: o diagnóstico do diagnóstico*. Brasília: Senado Federal, 1996.

CONH, Amélia; ELIAS, Paulo E. *Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços*. São Paulo: Cortez, 1996.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. *Ciência & saúde coletiva para a sociedade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

GENTIL, Denise Lobato. A política fiscal e a falsa crise da seguridade social brasileira : análise financeira do período 1990-2005. Rio de Janeiro, 2006. Tese apresentada à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Atenção básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência & saúde coletiva para a sociedade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

PIMENTA, Aparecida Linhares. O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 25-40, 1993.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Contexto de formação da sociedade brasileira: impactos sobre a saúde. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, Rio de Janeiro, v. 70, n. 10, p. 531-537. 1996.

