

Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00*

Impasse in health financing in Brazil: from the constitutional assembly to the regulation of amendment 29/00

Fábio de Barros Correia Gomes¹

RESUMO: Trata-se de estudo de caso sobre a relação entre o legislativo e o executivo na definição de legislação com impacto no financiamento da saúde, desde a última Constituinte. Destacaram-se as histórias legislativas e os efeitos das seguintes normas: a Constituição de 1988; a Lei Orgânica da Saúde; as relacionadas à Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira; a Emenda Constitucional 29, de 2000; e a Lei Complementar nº 141 de 2012. Observou-se que apesar da maior iniciativa do legislativo para avançar na agenda do financiamento à saúde, a dependência de estímulos externos tem tornado sua atuação fragmentada e inconsistente. Os avanços dependem de soluções incrementais, insuficientemente definidas pelas coalizões de governo.

PALAVRAS-CHAVE: Legislação; Financiamento em saúde; Poder executivo; Poder legislativo.

ABSTRACT: *This case study reports the interaction between the legislative and executive powers in the definition of federal legislation impacting on health funding since the last National Constituent Assembly. It highlights the legislative histories and the effects of the following laws: the 1988 Constitution, the Organic Health Law; those related to the Provisional Contribution on Financial Transactions; Constitutional Amendment 29 of 2000, and the Complementary Law 141 of 2012. It was observed that, despite the Legislative best endeavor to move the health financing agenda forward, its dependence on external stimuli has rendered its performance fragmented and inconsistent. The advancements depend on incremental, yet insufficient, solutions to be adopted by the government coalitions.*

KEYWORDS: *Legislation; Health financing; Executive power; Legislative power.*

*Esse estudo de caso foi apresentado em maior detalhe na tese de doutorado em ciência política do autor (GOMES, 2011).

¹Doutor em ciência política pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultor legislativo da Câmara dos Deputados – Brasília (DF), Brasil. Professor do mestrado profissional em Poder legislativo da Câmara dos Deputados – Brasília (DF), Brasil. fabio.gomes@camara.leg.br

Introdução

A Constituição de 1988 mudou radicalmente a política de saúde no Brasil, provocando alteração estruturante no sistema de saúde, por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Fleury (2009, p.743) destacou que a Constituição “representou uma ruptura com o modelo tanto de Estado quanto de cidadania anteriores, em resposta à mobilização social que a antecedeu”. Contudo, a necessidade da definição de financiamento do setor tem sido demanda recorrente, pois ainda não se alcançou tratamento legal adequado (CARVALHO, 2008; CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2011). Este estudo de caso objetiva analisar a interação entre o legislativo e o executivo na definição de proposições legislativas com impacto estruturante no financiamento do SUS.

Atualmente, atribui-se ao executivo maior preponderância na produção legislativa em geral, inclusive na área da saúde (NITÃO, 1997; RODRIGUES; ZAULI, 2002; BAPTISTA 2003, 2010). Entretanto também é reconhecido o papel do legislativo na definição de políticas de saúde (GODOI, 2008; GOMES, 2011). Assim, o estudo da interação entre os poderes em matérias sobre o financiamento da saúde interessa na identificação de padrões de interação, que podem ser úteis na compreensão, e superação, dos impasses observados no setor.

Destacam-se as histórias e os efeitos das principais proposições legislativas sobre o financiamento da saúde debatidas no Congresso Nacional e que resultaram em: texto constitucional de 1988, Lei Orgânica da Saúde; normas envolvendo a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF); Emenda Constitucional 29, de 2000, e, com maior ênfase, Lei Complementar nº 141, que regulamentou a Emenda 29 no início de 2012.

Interações entre os poderes e o financiamento do SUS

Rodriguez Neto (2003) revisou o processo histórico de elaboração dos dispositivos relacionados à saúde na Constituinte de 1987/1988 e salientou o papel do legislativo na discussão dos problemas do setor, destacando que, a partir da realização do 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, ainda em 1979, sob a assessoria do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), a proposta originária do SUS foi colocada para debate público. Em 1986, por ocasião da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), traçaram-se estratégias pelo movimento sanitário, propiciando unidade das propostas a serem defendidas na Constituinte. Nesta, as disputas em torno da definição do sistema de saúde revelaram profundas divergências na sociedade a respeito do papel dos setores público e privado na conformação do novo sistema de saúde, numa época em que era dominante a tendência para uma redução do papel dos Estados nas políticas sociais.

Na Constituinte, o segmento do projeto de Constituição elaborado pela Comissão Afonso Arinos ‘sequer foi considerado’, uma vez que não contemplava as contribuições da 8ª CNS (RODRIGUEZ NETO, 2003). As propostas sobre saúde foram debatidas pela Subcomissão de Saúde, Segurança e Meio Ambiente (que não chegou a consenso sobre o financiamento) e pela Comissão da Ordem Social. Nesta ocorreu maior polarização, pois havia mais membros apoiando o setor privado. Introduziu-se a ideia da Seguridade Social por influência do Ministério da Previdência Social. O argumento relacionou-se à obtenção de tratamento diferenciado para o financiamento da seguridade, o que não ocorreria se houvesse sido dado um tratamento em separado para a obtenção de recursos para a previdência, saúde e assistência social. Descartou-se a ideia de fundos específicos, como reivindicado pela saúde, bem como percentuais orçamentários para

setores específicos (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Em seguida, a Comissão de Sistematização, reponsável pela elaboração do projeto da Constituição, permitiu a apresentação de emendas populares, para as quais exigiam-se pelo menos 30 mil assinaturas. A plenária das entidades de saúde foi organizada para esse fim e coletaram-se menos de 60 mil assinaturas, enquanto a emenda sobre a reforma agrária obteve mais de três milhões, e a do ensino público, mais de um milhão de assinaturas. Segundo Rodriguez Neto (2003, p.71):

(...) as dificuldades enfrentadas na coleta de assinaturas evidenciou o quanto o movimento estava distante das entidades realmente populares, de base, na sua prática cotidiana (...). Isso evidenciou ainda mais a necessidade de o movimento da saúde, da Reforma Sanitária, buscar seus verdadeiros aliados especialmente os que estão fora das academias e das corporações.

O Ministério da Saúde defendeu o projeto do SUS e o da previdência chegou a apresentar proposta para a seguridade em que a saúde aparecia em apenas um artigo e o SUS era omitido. No plenário da Constituinte, a polarização cresceu em dimensões: interesse público e privado, trabalho e capital, estatização e liberalismo (RODRIGUEZ NETO, 2003). O combate à estatização uniu os setores hospitalar privado, de medicina de grupo, de cooperativas médicas e o setor liberal de medicina.

O processo da Constituinte resultou em solução de consenso, incluindo maior ação estatal – com a criação do SUS –, mas também permitindo a atuação do setor privado. Rodriguez Neto destacou que

o que se instituiu foi um sistema único público paralelo a um sistema privado, o qual poderá participar do primeiro mediante contrato de direito público e submetido às suas normas e diretrizes (RODRIGUEZ NETO, 2003, p.101).

Indicou também que a inclusão de dispositivos sobre a política de saúde na Constituição de 1988, ou seja, a aposta na 'via do parlamento' para encaminhar as demandas do Movimento da Reforma Sanitária, "foi uma das estratégias mais bem-sucedidas".

(RODRIGUEZ NETO, 2003, p.35).

A essência da proposta do movimento sanitário foi mantida e

o aspecto mais polêmico, além do referente ao detalhamento e à participação do setor privado, foi o relativo ao financiamento, evidenciando seu insuficiente tratamento técnico anterior (RODRIGUEZ NETO, 2003, p.56).

É comum a percepção de que os constituintes não previram as fontes dos recursos para implantar as políticas sociais, mas, no caso da saúde, ainda que não tenha sido possível solução duradoura, o art. 55 do Ato das Disposições Transitórias estabeleceu que um mínimo de 30% do orçamento da Seguridade Social, excluído o seguro-desemprego, seria destinado ao setor de saúde até a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Segundo Carvalho (2008), desde 1989, essas leis mantiveram a definição dos 30% dos recursos da seguridade para a saúde, mas, em 1994, o presidente Itamar Franco vetou esse dispositivo. Caso tivesse sido adotado como solução permanente, o nível federal disporia atualmente de mais que o dobro do orçamento (CARVALHO, 2008; JORGE, 2010).

Apesar da constitucionalização da saúde, persiste a necessidade de mecanismos legais que assegurem

os pisos de gastos necessários à saúde, seja por via de percentuais mínimos, seja pela vinculação interna de elementos da receita da Seguridade Social à saúde (...) tudo, praticamente, terá que ser conquistado através da legislação complementar. (RODRIGUEZ NETO, 2003, p.106-107).

A implantação do SUS requeria, assim, a produção de legislação regulamentadora, o que se efetivou por meio das Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, e que compõem a denominada Lei Orgânica da Saúde. Ambas foram iniciadas pelo executivo, e não poderia ser diferente, visto que a competência para iniciar proposições que abordem a estruturação das atividades sob a responsabilidade desse poder lhe é constitucionalmente reservada; contudo, resistiu a apresentá-las.¹

A Lei 8080 foi sancionada em 19 de setembro de 1990 pelo presidente Collor de Mello com 26 vetos parciais (mensagem 680/90), os quais foram mantidos em abril de 1991. Os vetos incidiram sobre artigos que abordavam os conselhos e conferências de saúde - pois foram originados de emenda do legislativo e, como afetam a estrutura do executivo, deveriam ter sido previstos por este-, carreira do SUS e financiamento da saúde. Nova mobilização junto ao executivo fez com que este apresentasse novo projeto (PL 5995/1990) em 12 de dezembro de 1990, abordando apenas a questão da participação social e a transferência de recursos no SUS, resultando na Lei 8142, sancionada em 28 de dezembro de 1990 em apenas 16 dias, dos quais seis para tramitação nas duas Casas.

Após a produção da Lei Orgânica, prevaleceu a via infralegal, por meio de numerosas portarias ministeriais -para onde se deslocou também o foco da sociedade organizada-, que estabeleceram obrigações aos entes federados para o recebimento de recursos, que até poderiam ser questionáveis em relação ao que foi delegado em lei, mas que persistiram sem a devida fiscalização da parte do legislativo. Por exemplo, planos e relatórios de gestão, que deveriam ser exigidos de todos os gestores do SUS, segundo a Lei 8.142, de 1990, em geral têm recebido tratamento burocrático, deixando de contribuir para o planejamento coerente das atividades do sistema.

A indefinição sobre um montante estável para o financiamento do setor saúde resultou em crise a partir da década de 1990. Então,

a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) foi criada após demandas do, então, ministro Adib Jatene por mais recursos para a saúde. Inspirou-se no Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF).² A CPMF foi criada pela Emenda Constitucional 12, de 15 de agosto de 1996, que incluiu o art. 74 nas disposições transitórias, permitindo à União “instituir contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira.” A alíquota de contribuição não poderia exceder a 0,25%; com o produto da arrecadação a ser “destinado integralmente ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento das ações e serviços de saúde”. Também havia previsão de que não se poderia cobrar por prazo superior a dois anos. A regulamentação ocorreu por meio da Lei ordinária 9311 de 24 de outubro de 1996. Essa matéria foi alterada por mais oito leis e três medidas provisórias, (até 2007), e, principalmente, por mais três Emendas Constitucionais - 21/1999, 37/2002, e 42/2003, que prorrogaram sua duração ou modificaram sua alíquota.

Essas alterações constitucionais no Ato das Disposições Transitórias bem demonstram o caráter temporário das soluções. Tal transitoriedade teria continuado caso a oposição, com apoio de parte da base governista do Senado Federal, não tivesse derrubado a CPMF em 2007. A votação por artigos da Proposta de Emenda à Constituição (PEC), que tentava nova prorrogação da CPMF, provavelmente permitiu ‘salvar’ o conteúdo restante, que tratava, em verdade, da Desvinculação das Receitas da União (DRU), outro dispositivo de grande interesse orçamentário do executivo.

As normas relacionadas à CPMF terminaram por promover a elevação dos recursos disponíveis ao executivo, sem preocupação efetiva em ampliar o financiamento da saúde. Na prática, apesar de a saúde ter sido utilizada como justificativa para a criação e manutenção dessa contribuição, a situação

¹Segundo o art. 59 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, o executivo deveria encaminhar os projetos de lei relativos à organização da Seguridade Social no prazo máximo de seis meses, mas o Presidente José Sarney enviou o da saúde após quase 10 meses. Foi necessária a realização de outro Simpósio Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados em 1989 a fim de pressionar o executivo a elaborar o projeto da Lei Orgânica da Saúde (RODRIGUEZ NETO, 2003). O Projeto de Lei Ordinária 3110 foi apresentado na Câmara dos Deputados em 1 de agosto de 1989 e tramitou no Congresso por pouco mais de um ano, sem regime de urgência.

²O IPMF foi instituído pela Lei Complementar 77, de 13 de julho de 1993, com alíquota de 0,25% sobre as movimentações financeiras e incidência até dezembro de 1994, permitindo a alocação de recursos em programas de educação e habitação popular, mas não de saúde.

de insuficiência permaneceu inalterada. Segundo Carvalho (2008, p.44), a CPMF “já chegava à saúde mordida em 20%” pela DRU, o que foi complementado pelo decréscimo de outras fontes, principalmente a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSSL). Persistia, assim, o subfinanciamento da saúde.

Outras soluções para o problema do financiamento continuaram a ser apresentadas por parlamentares. Destacou-se a PEC 169, de autoria dos deputados Waldir Pires (PSDB/BA) e Eduardo Jorge (PT/SP), apresentada em 7 de julho de 1993, que pretendia garantia de aplicação na saúde, pela União, de no mínimo 30% dos recursos da Seguridade Social provenientes das contribuições sociais e de 10% da receita resultante dos impostos. Para os estados e municípios, o mínimo seria de 10% da receita dos impostos. A justificação da proposta foi breve e não mencionou montante nem a evolução dos recursos.³ Até 1999, nenhuma providência foi tomada para que a proposição fosse votada em plenário. Nesse período, a opção foi pela produção de normas sobre a CPMF.

Outra PEC que tramitava em paralelo, a PEC 82, apresentada em 27 de abril de 1995 pelo deputado Carlos Mosconi (PSDB/MG), destinava à saúde todos os recursos das contribuições dos empregadores sobre o faturamento e o lucro. Em 31 de agosto de 1999, já em nova legislatura, a presidência da Câmara determinou a apensação da PEC 82/1995, à PEC 169/1993. O deputado Ursicino Queiroz (PFL/BA) foi nomeado relator, agrupando as propostas na PEC 82-A. Em 10 de novembro, a proposta foi aprovada e encaminhada ao Senado. Naquela Casa, a proposição, denominada PEC 86/1999, foi relatada pelo senador Antônio Carlos Valadares (PSB/SE), com o voto pela aprovação da matéria. Nessa fase final, a tramitação foi consensual e a Emenda Constitucional 29 foi promulgada em 13 de setembro de 2000. Ressalte-se que a aceleração da fase final da tramitação contou com o

apoio do então ministro da saúde, José Serra (PSDB/SP).

Finalmente, estabeleceram-se previsões mais estáveis para o financiamento da saúde, tornando mais específicas as obrigações relacionadas a este.⁴ Contudo, simulações sobre a evolução do financiamento indicaram que a proposta do governo teria reduzido em mais de 50%, os valores a serem aplicados em saúde pela União, em comparação ao pretendido pela PEC 169/1993 (CARVALHO, 2008). Após a Emenda 29, observou-se aumento da participação no financiamento por parte dos municípios e dos estados e retração relativa da União (FRENTE PARLAMENTAR DA SAÚDE, 2005, 2007; MENDES; MARQUES, 2009).⁵

Embora a regulamentação da Emenda 29 por meio de lei complementar só tenha sido aprovada pelo Congresso no final de 2011, propostas vinham sendo apresentadas desde 2001, e em todas elas houve resistência do executivo em promover aumento de sua participação no financiamento da saúde.⁶

Segundo Carvalho (2008, p. 47),

(...) 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,⁷ mas, bem mais que o prescrito na EC-29 (...). O PLP 01-2003 passou a ser a nova bandeira da Reforma Sanitária.

Na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), comissão permanente que tem competência regimental para debater a política de saúde e composta por muitos profissionais da saúde e sanitaristas históricos, a proposição não tramitou com facilidade, mesmo considerando que a autoria, a relatoria e a então presidência da comissão pertenciam ao mesmo partido que o do chefe do executivo. Segundo Carvalho (2008, p.47), o

³ Em 06.06.1995, o deputado Eduardo Jorge explicou em reunião da Comissão Especial que o objetivo era atingir um gasto médio anual por habitante de 220 dólares, somados o público e o privado, em contraste com a média estimada de 100 dólares, que seria o gasto da época.

⁴ Os estados deveriam aplicar um mínimo de 12% de suas receitas em ações e serviços de saúde, e os municípios, 15%. À União não foi exigido percentual de vinculação de receita, mas em 2000, deveria aplicar o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, cinco por cento. Entre 2001 e 2004, a União deveria aplicar o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

⁵ Os gastos do SUS, após a Emenda 29, passaram de 2,9% do PIB, em 2000, para 3,7%, em 2008, e o gasto per capita no mesmo período passou de 360 para 606 reais – já considerando a inflação; mas o esforço de estados e municípios foi maior: em 2000, participavam com 40,2% do gasto e, em 2008, com 54,1% (PIOLA, 2010). Os gastos federais cresceram menos que as receitas correntes federais. Entre 2000 e 2008, representaram uma média de 8,4% da RCB; mas entre 2002 e 2009 a média foi ainda mais reduzida: 7,1% (PIOLA, 2010). Vale destacar que o gasto federal em 1995 correspondeu a 9,6% da RCB, muito próximo da proposta de 10%, que foi objeto de tanta disputa recentemente.

relatório foi aprovado “a duras penas”, pois o governo de Lula da Silva “fez de tudo” para que o projeto não fosse aprovado na CSSF.

Episódios que precederam a votação na CSSF não deixam dúvida de que o executivo não desejava a progressão da matéria naquele momento. Em reunião do Conselho Nacional de Saúde de 4 de agosto de 2004 o ministro da saúde Humberto Costa informou que:

(...) A Emenda prevê que no ano de 2004 haverá um processo de regulamentação. Assim, há projetos no Congresso Nacional para a regulamentação definitiva. Por outro lado, a Emenda prevê que, em não havendo regulamentação, prevalece o mesmo critério. O entendimento do Governo é que, por ser uma discussão que exige importante nível de aprofundamento, com participação da sociedade civil, deveria ser preservado para 2005 o que está proposto na Emenda. Com isso, não haveria perdas, mas sim ganhos em relação ao Orçamento de 2005. Nós vamos defender essa posição no Congresso Nacional. A Comissão de Seguridade Social está em condições de votar uma proposta e eu solicitarei a presença da Câmara dos Deputados na Comissão para defender essa visão. Nós devemos deixar a Emenda nos moldes atuais e fazer a discussão sobre a sua regulamentação permanente no final desse ano ou no início de 2005 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004, P. 1).

Nessa reunião, foram aprovadas sugestões para mobilização dos conselheiros a fim de participarem das sessões da CSSF, “inclusive, para cobrar da referida Comissão o quórum necessário para viabilizar a votação,” além de cobrar “mais empenho do ministro da saúde” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004). No dia da votação na CSSF, 11 de agosto de 2004, o presidente da Comissão, deputado Eduardo Paes (PSDB/RJ) abriu a sessão assim que o quórum foi alcançado, colocou a matéria em votação e solicitou que os contrários se manifestassem. Como

não houve objeção, pois muitos parlamentares da coalizão haviam se ausentado do recinto, a matéria foi aprovada em menos de dois minutos. Quando retornaram, protestaram com veemência, mas o fato já estava consumado (BRASIL, 2004).

A matéria continuou a tramitação na Câmara, transparecendo resistências da coalizão à sua aprovação, que resultou em impasse.⁶ A votação desse projeto na Câmara expôs os membros da Frente Parlamentar da Saúde a escolher entre apoiar a proposta defendida pelas entidades organizadas da saúde e a proposta mais restritiva do governo. Ocorreu uma fragmentação, segundo a dimensão oposição / governo. Fonseca (2008) analisou as votações em plenário dos membros dessa frente nesta matéria em particular, e concluiu que os mesmos não se comportaram como membros de um “partido da saúde”, uma vez que a coesão e a disciplina foram baixas (ambas em torno de 30%). Observe-se que foi aprovado pela Câmara um projeto que previa recursos da CPMF, que estava para ser extinta em dois meses e cuja proposta de prorrogação ainda tramitava na via constitucional. Esta foi efetivamente derrubada no Senado ainda no mês de novembro de 2007. Assim, a tramitação do PLP 01/2003 no Senado (onde recebeu a denominação de PLC 89/2007) quase que perdeu o sentido (embora tenha continuado em tramitação naquela Casa).

Tal estagnação não indica que o debate arrefeceu no Congresso, ao contrário, o foco desviou para outra proposição com o PLS 121 apresentado no Senado em 20 de março de 2007 -início da legislatura, coincidindo com o período em que a discussão do PLP 01/2003 não progredia no plenário da Câmara-, de autoria do Senador Tião Viana (PT/AC). Esse projeto previa o critério de 10% da Receita Corrente Bruta (RCB) da União, como no substitutivo original da CSSF.

O PLS 121/2007 foi rapidamente aprovado nas comissões do Senado e diante da derrota iminente em plenário, os líderes da coalizão liberaram o voto da base do governo e

⁶ O PLP 201/2001, de autoria do deputado Ursicino Queiroz, que relatou a Emenda 29 na Câmara, previa como critério para a União a partir de 2005, o percentual de 11,5%, calculados sobre o total de receitas de impostos e contribuições da União, descontadas as transferências constitucionais. Essa proposição foi completamente ignorada e arquivada ao final da legislatura sem ter recebido um único parecer de comissão. Na legislatura seguinte, o deputado Roberto Gouveia (PT/SP) apresentou o PLP 01/2003, com absolutamente mesmo teor e critérios.

⁷ Waldir Pires também foi autor da PEC 169/1993, geralmente atribuída apenas a Eduardo Jorge.

⁸ Foi exemplar a troca do critério para financiamento pelo deputado Guilherme Menezes, que ao relatar a matéria na CSSF apoiou o critério de aplicação pela União de 10% da Receita Corrente Bruta (RCB), mas no substitutivo de plenário alterou esse critério para o montante correspondente ao empenhado no ano anterior acrescido da variação do PIB ocorrida entre os dois exercícios financeiros imediatamente anteriores. Até aqui, semelhante ao que já previa a Emenda 29. Como adicional, foi previsto que nos exercícios de 2008, 2009, 2010 e 2011, seriam destinadas proporções não incorporáveis referentes à receita da CPMF.

o projeto foi aprovado por unanimidade. A matéria seguiu para a Câmara (sob a denominação de PLP 306/2008) onde a coalizão reconsiderou as estratégias para reverter a situação, num ambiente em que já demonstrara possuir uma base mais coesa. O critério de 10% da RCB foi novamente eliminado, retornando a uma solução semelhante ao que havia prevalecido no caso do PLP 01/2003, ou seja, o critério da variação do PIB e mais um adicional, só que, dessa vez, incorporável. Naquela ocasião, o adicional viria da CPME, mas com sua extinção foi proposta a criação de uma Contribuição Social para a Saúde (CSS), com alíquota de 0,1% e de caráter permanente.

A proposição da CSS produziu novo impasse e a matéria só voltou à deliberação pelo plenário em 2011 diante de forte demanda da

sociedade, conseqüente à crise na atenção à saúde por meio do SUS, resultando na Lei Complementar 141, de 2012, que regulamentou a Emenda 29, mas sem a adoção do critério de 10% da RCB da União.

O *quadro 1* apresenta estimativas do Ministério da Saúde sobre o montante de recursos que seria disponibilizado pelas propostas. Segundo o histórico apresentado, fica evidente que o executivo, em seus sucessivos governos, colocou-se sistematicamente contra as estimativas que resultariam em maiores ganhos para o financiamento da saúde, como o art. 55 do Ato das Disposições Transitórias -de fato, os recursos decorrentes da Emenda 29 representam cerca de metade do que seria disponibilizado caso estivesse sendo utilizado o critério inicial previsto pela Constituição, ou seja, 30% do orçamento da

Quadro 1. Estimativa de valores de gasto federal segundo propostas de regulamentação do artigo 198 da Constituição Federal

Proposta	Critério para a União	Valores (milhões de Reais)
Artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias	30% do orçamento da Seguridade Social	127.656,13
Emenda 29, 2000	Despesa empenhada do exercício anterior corrigida pela variação nominal do PIB	60.950,73
PEC 169/1993	Gasto de 30% do orçamento da Seguridade Social adicionado de 10% da receita de impostos	156.263,98
PLS 121/2007	Gasto de 10% da receita corrente bruta	90.847,04
PLS 156/2007	Gasto de 18% da receita corrente líquida	92.930,14
Substitutivo da CFT ao PLP 306/2008 (*)	Despesa empenhada do exercício anterior corrigida pela variação nominal do PIB adicionada de receita da CSS	72.750,73

Fonte: Adaptado de Jorge (2010).

Nota: (*) Adicionou-se ao montante calculado conforme a regra então vigente, segundo a Emenda 29, R\$ 11,8 bilhões, estimados pelo relator da CFT como recursos novos (JORGE, 2010).

Seguridade Social -, a PEC 169/1993 e, mais recentemente, as propostas que defendiam 10% da RCB.

O executivo não conseguiu aprovar a CSS em razão da forte influência exercida pela rejeição da opinião pública sobre membros da coalizão, mas utilizou a maioria que detinha em ambas as Casas para aprovar o PLP 306/08, modificado de modo a manter os mesmos critérios de financiamento para a União, estados e municípios, e apenas avançar na definição e controle dos gastos com ações e serviços de saúde, o que, na prática, afetaria mais os estados, visto que vários deles não cumpriam rigorosamente a Emenda 29.

Conclusões

Apesar de o legislativo ter sido mais ativo em propor financiamento mais adequado para o SUS, igualmente contribuiu como participante das coalizões de governo para que o resultado tenha permanecido aquém das necessidades de recursos, em geral, indicando reduzida prioridade de ambos os poderes para a adoção de soluções mais duradouras e suficientes. Os atores do legislativo, responderam às demandas iniciadas externamente. No caso da Constituinte e da Lei Orgânica, já se mencionou o papel do movimento sanitário. Nas definições mais recentes com impacto no financiamento, os atores do legislativo responderam à indução do executivo como líder da coalizão (foi significativa a influência da coalizão na substituição dos critérios de financiamento pela União tanto no substitutivo da CSSF ao PLP 01/2003, quanto no PLP 306/2008). Deputados e Senadores demonstraram participação similar nas decisões e foram mobilizados pela coalizão ou oposição, segundo o balanço de forças em cada Casa. A dependência de estímulos externos para avançar na agenda da política de saúde tem tornado a atuação do legislativo fragmentada e inconsistente.

Os atores do legislativo e do executivo,

entretanto, comportaram-se estrategicamente e de maneira similar durante a tramitação das proposições quer pertencessem à oposição ou ao governo. A alternância do poder no executivo a partir de 2003 permitiu observar que os que eram contrários à criação da CPMF a mantiveram posteriormente e os que a criaram e prorrogaram foram os que contribuíram decisivamente para sua extinção. Os partidos políticos não demonstraram orientação ideológica consistente ao longo desse extenso debate, mas funcionaram como confiáveis mediadores da disputa entre as coalizões e as oposições de momento.

A análise sugere que a conexão normativa que os constituintes tentaram estabelecer para implantar o SUS tem sido capaz de pautar o debate na direção da ampliação do financiamento e de resistir à completa desestruturação da política. Entretanto, a influência da Constituição não se dá a ponto de concretizar ampliação suficiente de recursos, de acordo com suas diretrizes. Na realidade, os maiores avanços foram os indicados no texto original da Constituição. De certo, um pouco mais de estabilidade no financiamento veio com a Emenda Constitucional 29, de 2000, o que não deixa de ser um avanço, embora tenha sido insuficiente e de menor amplitude que o primeiro critério temporário previsto pelos constituintes.

A sucessiva falta de prioridade na implantação do SUS e a desarticulação em sua defesa foram de tal intensidade que avanços foram sendo perdidos e os patamares das demandas por financiamento, se reduzindo. Por exemplo, apesar da retórica em defesa do SUS, a coalizão utilizou vários recursos obstrutivos para postergar a aprovação do PLP 1/2003 na Câmara e depois para modificá-lo, a fim de excluir o critério de 10% da RCB. O mesmo foi feito com o projeto que saiu do Senado para a Câmara e que previa o mesmo critério. Em todo o impasse, o foco foi o quantitativo a ser alocado pela União, sem que prevalecesse o debate para que o SUS funcione como previsto na Constituição,

envolvendo temas como: a) a real necessidade de financiamento; b) as atividades que seriam priorizadas por metas objetivas, segundo um modelo de gestão que considere a responsabilidade sanitária dos gestores; c) a disponibilidade de recursos humanos; e d) mecanismos de combate às fraudes. Enfim, a discussão sobre o mérito da política ficou em segundo plano em relação às necessidades de limitação do impacto orçamentário. Finalmente, os usuários do sistema pouco têm sido envolvidos na discussão do mérito das propostas, prevalecendo abordagem extremamente técnica e complexa, inacessível à maior parte da população.

O impasse dependeu menos de deficiências institucionais no tratamento da questão que da falta de coesão em torno da proposta de ampliação do financiamento e, em última análise, do próprio SUS. Em outras palavras, as maiores dificuldades não se relacionam às regras de decisão, aos recursos e instâncias de decisão disponíveis, mas aos próprios atores. As explicações oferecidas por Weyland (1996) para falhas em reformas de políticas públicas na década de 1990 no Brasil persistem válidas: a fragmentação na sociedade e no Estado.

Na sociedade, tem ocorrido fragmentação nas preferências dos grupos de interesse, pois a proposta do SUS foi defendida por segmento da sociedade organizada, que, posteriormente, não demonstrou a mesma coesão do período da Constituinte, pois muitos passaram a participar dos governos e das oposições que se seguiram, e defensores históricos encontraram dificuldades entre apoiar um projeto político ou o projeto sanitário. Além disso, a ‘via do parlamento’ perdeu prioridade para atuação no cerne do executivo.

A pouca apropriação do SUS pela parcela da população que depende unicamente dele para a atenção à saúde tem dificultado seu fortalecimento. Isso demonstra mais um aspecto da fragmentação da sociedade brasileira salientado por Weyland (1996): a dificuldade da parcela mais pobre da população em coordenar a vocalização de suas demandas.

Mesmo na relevante experiência participativa do SUS, os representantes dos usuários têm sua atuação muitas vezes limitada pelo executivo nos vários níveis da federação.

Quase diariamente, há denúncias da população na mídia sobre os problemas de atenção à saúde no País, mas raramente as matérias associam os problemas à situação de subfinanciamento. Os usuários permanecem fragmentados, sem capacidade de vocalização de propostas políticas concretas. Representante da Contag, em evento na Câmara dos Deputados (FRENTE PARLAMENTAR DA SAÚDE, 2007), bem expressou a sensação de que os usuários seriam mais objetos que sujeitos do SUS.

O grande ausente no debate sobre o financiamento da saúde permanece sendo o cidadão-usuário totalmente dependente do SUS. Os trabalhadores formais, os servidores públicos e a classe média em geral pouco se envolvem, pois muitos estão cobertos por planos privados de saúde, principalmente os coletivos, mas sem deixar de utilizar as ‘ilhas de excelência’ do SUS, muitas vezes sem perceber, como nos procedimentos de custo catastrófico que foram implementados segundo as diretrizes originais – vigilância epidemiológica e sanitária.

Também persiste a fragmentação do Estado. Tal realidade está exemplificada no comportamento dos membros da Frente Parlamentar da Saúde, quando se viram confrontados, na votação do PLP 1/2003, entre apoiar a proposta que mais beneficiaria o SUS ou aquela que produziria financiamento mais limitado. A votação resultou na divisão dos membros da Frente, prevalecendo os interesses da coalizão.

O estudo de caso também demonstrou que há fragmentação na própria coalizão, pois os autores de propostas, relatores e presidentes de comissões envolvidos nas situações de impasse, pelo menos na Câmara, pertenciam a partidos da coalizão. O estudo deixou clara a pouca firmeza ideológica dos partidos nas definições do setor, que variaram seus posicionamentos por ocasião da alternância de

poder no executivo, conforme o pertencimento à coalizão de governo.

Diante da indefinição partidária, que induziu a fragmentação programática das legislaturas subsequentes à Constituinte, da fragmentação das demandas da sociedade e de mecanismos endógenos pouco fortalecidos para enfrentar os problemas do SUS, o legislativo, praticamente, abdicou da regulamentação da implementação do SUS, conforme os princípios constitucionais.

No executivo, também são reconhecidos os conflitos entre as burocracias das áreas econômica e social, como se tivessem objetivos diferentes. Baptista (2003) identificou esse tipo de conflito no executivo, envolvendo as políticas de saúde no pós-Constituinte. É certo que esses setores respondem a conexões normativas constitucionais algo conflitantes, visando tanto à responsabilidade orçamentária -relacionada à *accountability*- como à equidade social. Os atores estatais mais explícitos no esforço de ampliação do financiamento tem sido os do nível municipal, que estão enfrentando diretamente as dificuldades do SUS e, aparentemente, cumprindo os critérios de financiamento da Emenda 29, além dos membros da oposição no legislativo. O nível estadual não produz um discurso uniforme, pois muitos estados já não cumprem os limites mínimos de financiamento da saúde previstos na Emenda 29, enquanto o nível federal tem promovido redução relativa de sua participação no financiamento da saúde e apresentado resistências à ampliação necessária dos recursos em todos os governos do pós-Constituinte.

Como consequência da fragmentação na sociedade e no Estado, não se implementou o SUS como política da maioria – custos e benefícios difusos, conforme a tipologia de Lowi (1972) e Wilson (1973) –, como pretendido pela Constituição. O conflito tem ocorrido como se fosse uma política redistributiva – de custos e benefícios concentrados–, o que é compreensível, em virtude das grandes desigualdades sociais, mais acentuadas

em algumas das regiões do País, que tornam grande parcela da população totalmente dependente dos serviços públicos. Contudo, também há componentes distributivos -custos difusos com benefícios concentrados- no financiamento do sistema de saúde, em que só as camadas com renda suficiente para arrecadar imposto de renda podem se beneficiar do subsídio federal aos gastos privados com a saúde para ter acesso a serviços com melhor qualidade nas áreas em que o SUS é deficiente.

Também como consequência dessas fragmentações, o consenso sobre o nível adequado de financiamento do setor não foi atingido e o processo deliberativo tem se alargado, sem o senso de urgência que deveria refletir os problemas enfrentados pelos que dependem do SUS e com a tendência de adoção de soluções temporárias e insuficientes. Como resultado, a parcela mais pobre sai em desvantagem na defesa de seus interesses, e as legislações referidas no estudo de caso dão mostra disso.

É preciso considerar que a situação de subfinanciamento do SUS é satisfatória para os que valorizam apenas a questão do equilíbrio fiscal, dado que são anos em que o expressivo volume de recursos aplicados na saúde foi menor que o necessário. A superação do subfinanciamento é improvável na ausência de maior envolvimento dos usuários e de outros setores organizados. A atuação apenas do movimento sanitário, diante da divisão de alguns adeptos da oposição ou da coalizão, não tem conseguido obter a coesão necessária para alcançar o mesmo sucesso dos tempos da Constituinte. Sem tal mobilização, a adesão de atores do executivo que supere a retórica de defesa do SUS parece improvável no quadro político atual.

De todo modo, avanços na direção de maior equidade em saúde podem ser observados nas normas produzidas a partir de soluções definidas pelas coalizões de governo e no impacto de sua implantação, mas não em nível que promova efetivamente as capacidades

dos cidadãos para obter adequada situação de saúde.⁹ A experiência recente mostra que o retorno à ‘via do Parlamento’, com um maior envolvimento dos usuários, é indispensável, pois foi nela que se obtiveram os maiores avanços, onde a resistência à completa inviabilização do SUS ocorreu e onde se encontra o poder para sua restauração.

Apesar da regulamentação da Emenda 29 por meio da Lei Complementar 141, de 2012, o debate sobre o financiamento da saúde prossegue, com novas proposições em apreciação pelo Congresso, visto que o critério estipulado pela União não atingiu patamares considerados necessários para o adequado desenvolvimento do SUS. ■

Referências

BAPTISTA, T.W.F. *Políticas de saúde no pós-constituinte: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no Brasil 2003*. Tese (Doutorado em Medicina Social). – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

_____. Análise da produção legislativa em saúde no Congresso Nacional brasileiro (1990-2006). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 97-109, jan. 2010.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Áudio da sessão ordinária da Comissão de Seguridade Social e Família do dia 11 de agosto de 2004*. Disponível em: <<http://imagem.camara.gov.br/internet/audio/Resultado.asp?txtCodigo=00004332>>. Acesso em: 05 abr. 2011.

CARVALHO, G. Financiamento da saúde pública no Brasil no pós-constitucional de 88, *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v.2, n.1, p.39-51, jul./dez., 2008.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Editorial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n 90, p. 346-348 jul/set. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Ata da centésima quadragésima quinta reunião ordinária do CNS*. Brasília: CNS, 2004. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/atas/2004/Ata145.doc>>. Acesso em: 05 abr. 2011.

FONSECA, E. J. *O papel do Poder legislativo na construção do Sistema Único de saúde: a Frente Parlamentar da Saúde e a regulamentação da Emenda à Constituição nº 29*. 2008. Monografia (Especialização em Instituições e Processos Políticos do legislativo da Câmara dos Deputados) – Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/responsabilidade-social/edulegislativa/educacao-legislativa-1/posgraduacao/arquivos/publicacoes/banco-de-monografias/ip-2a-edicao/EdisonJosdaFonsecamonografia-cursoIP2ed.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2011.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, maio/jun. 2009.

FRENTE PARLAMENTAR DA SAÚDE. *Relatório do seminário “Um olhar social sobre o orçamento público - saúde, educação e assistência social”*. Belo Horizonte, 2005. Mimeo.

_____. *Relatório do seminário sobre saúde e Seguridade Social*. Brasília, 2007. Mimeo.

GODOI, A. M. M. *executivo e legislativo na produção legal em saúde, de 1988 a 2008*. Monografia (Especialização) – Universidade do legislativo Brasileiro, Brasília, 2008.

⁹ Segundo a definição de equidade em saúde proposta por Amartya Sen (1995; 2006), com base na teoria de John Rawls (1997; 2003).

GOMES, F. B. C. *Ameaças à equidade na distribuição de órgãos para transplante: uma análise dos critérios legais de acesso*. 2007. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007. Disponível em: <http://bdt.d.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2783>. Acesso em: 05 abr. 2011.

_____. *Interações entre o legislativo e o executivo federal do Brasil na definição de políticas de interesse amplo: uma abordagem sistêmica, com aplicação na saúde*. 2011. Tese (Doutorado em Ciências Políticas) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/6165/interacao_legislativo_gomes.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2011.

GOMES, F.B.C.; CARVALHO, E.L; REIS, R. Projetos de lei ordinária apresentados na câmara dos deputados entre 1999 e 2006: tramitação geral e dos relacionados à saúde. *E-Legis - Revista Eletrônica do Programa de Pós-Graduação da Câmara dos Deputados*, Brasília, nov. 2009. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/e-legis/index.php/e-legis/article/view/10/8>. Acesso em: 05 abr. 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Sistema de indicadores de percepção social (SIPS): Saúde*. Brasília: IPEA, 2011. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf. Acesso em: 05 abr. 2011.

JORGE, E. Apresentação sobre o SIOPS como instrumento de gestão. *I Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde – ABRASCO*. Bahia, 24 a 26 de agosto de 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/planejasus_seminario10_siops_eliasjorge.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2011.

LEMOS, L.B.S. *O Congresso Nacional e a Distribuição de Benefícios Sociais*. 1998. Tese (Mestrado) - Brasília: Universidade de Brasília, 1998.

LOWI, T J. Four Systems of Policy, Politics, and Choice. *Public Administration Review*, v. 32, no. 4, p. 298-310, 1972.

LUCCHESI, G. *A concretização do direito à saúde no Brasil: uma análise da legislação sobre doenças e agravos específicos*. Monografia (Especialização) - Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

MENDES, A N; MARQUES, R M. Crônica de uma crise anunciada: o financiamento do SUS sob a dominância do capital financeiro In: *CD Rom do XII Encontro de Pesquisadores da PUCSP na área da Saúde*. São Paulo, 2009.

NITÃO, F. J. V. *Elaboração de Políticas Públicas de Saúde no Brasil: o papel do congresso nacional, 1945-1964*. 1997. Tese. [Mestrado] – Brasília: Universidade de Brasília, 1997.

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

RAWLS, J. *Teorias de Justiça*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

_____. *Justiça como equidade: uma reformulação*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

RODRIGUES, M.M.A. e ZAULI, E. Presidente e Congresso Nacional no Processo Decisório da política de Saúde no Brasil Democrático (1985-1998). *Dados – Revista de Ciências Sociais*, v. 45, n. 3, p. 387-429, 2002.

RODRIGUEZ NETO, E. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

SEN, A. *Inequality Reexamined*. Oxford: Oxford University Press, 1995.

_____. Why health equity? In: ANAND, S.; PETER, F.; SEN, A. (Org.). *Public health, ethics, and equity*. Great Britain: Oxford University Press, 2006. p. 21-33.

TITMUS, R. *Social Policy*. New York: Pantheon, 1974.

WEYLAND, K.G. *Democracy without equity: failures of reform in Brazil*. Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1996.

WILSON, J.Q. *Political Organizations*. New York: Basic Books, 1973.

Recebido para publicação em abril de 2013
Versão final em novembro de 2013
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve