

Financeirização, fundo público e os limites à universalidade da saúde

Financialization, public funding, and the limits to the universality of health

Diego de Oliveira Souza¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S506

RESUMO Este ensaio possui como objetivo refletir sobre as repercussões da financeirização da economia para a proposta de um sistema universal de saúde. A partir de uma abordagem ontológica de cariz materialista histórico, apresenta-se a conjuntura da dinâmica financeira e como ela se expressa em orientações do Banco Mundial para o Sistema Único de Saúde (SUS); decifram-se os mecanismos causais do subfinanciamento do SUS, afastando-o da universalidade plena; e demonstram-se os limites estruturais do fundo público, enquanto mediação importante à efetivação de um sistema universal de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Capitalismo. Política pública. Saúde pública. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *This essay aims to reflect on the repercussion of the financialization of the economy for the purpose of establishing a universal health system. From an ontological approach of a historical-materialistic nature, the current situation of the financial dynamics is presented, as well as how it is expressed in the World Bank guidelines for the Brazilian Unified Health System (SUS); revealing the causal mechanisms of underfunding of the SUS, moving it away from full universality; and demonstrating the structural limits of the public fund as an important mediation for the implementation of a universal health system.*

KEYWORDS *Capitalism. Public policy. Public health. Unified Health System.*

¹Universidade Federal de Alagoas (Ufal) – Arapiraca (AL), Brasil.
enf_ufal_diego@hotmail.com



Introdução

Apresenta-se um debate sobre os limites e as possibilidades de concretização de uma proposta de sistema universal de saúde ante o processo de financeirização da economia, considerando a mediação do fundo público. Convém destacar que a financeirização é um processo que assume relevo no capitalismo contemporâneo, tendo em vista a demanda do capital em acelerar sua rotação e remediar sua inexorável tendência de queda na taxa de lucros, quando observado o plano genérico.

Toma-se o caso do Sistema Único de Saúde (SUS) como particularidade de análise, porquanto sua proposta original incorpora a questão do acesso universal aos serviços e ações de saúde como um dos seus princípios doutrinários, a fim de possibilitar atenção à saúde integral e equânime, independentemente de classe, gênero, origem, etnia etc. Com isso, o objetivo deste ensaio é realizar uma análise reflexiva sobre as reverberações do processo de financeirização na efetivação da universalidade pretendida na proposta do SUS, firmada desde o início do processo de Reforma Sanitária nas décadas de 1970 e 1980.

Para tanto, desenvolve-se uma reflexão dialética que pretende uma aproximação contínua com o objeto de investigação, com sucessivas instâncias, cada vez mais aprofundadas. Para o artigo ora apresentado, constam dois estágios de reflexão que buscam, em um primeiro momento, debruçar-se sobre a dinâmica mais imediata da problemática, tomando como parâmetro as mediações possíveis no marco da sociabilidade vigente. Em um segundo momento, a abordagem vai no sentido de buscar as determinações mais profundas da natureza do fundo público diante do capital financeiro e seus limites estruturais para o financiamento de um sistema universal.

Esse processo de reflexão é determinado pelo próprio movimento do 'real', que se coloca como cerne da perspectiva ontológica de cariz materialista histórico. Mészáros¹⁽⁵⁷⁾ faz importantes considerações sobre essa dinâmica

da realidade, tendo em vista um horizonte revolucionário, ao afirmar que

a questão é, portanto, como reconhecer, por um lado, as demandas da temporalidade imediata sem ser por elas aprisionado; e, por outro lado, como permanecer firmemente orientado para as perspectivas históricas últimas do projeto marxiano sem se afastar das determinações candentes do presente imediato.

O autor¹ destaca a necessidade de ter em vista a dimensão mais radical (no sentido de ir às raízes) da realidade para transformá-la, o que permite estender esse princípio à questão da produção do conhecimento. Porém, ele também alerta para a apreensão de mediações importantes que compõem um leque de necessidades da temporalidade imediata, que, ainda que estejam consignadas à lógica de reprodução da mesma estrutura que determina as raízes dos problemas reais, precisam ser decifradas.

No caso deste ensaio, foi realizada uma exposição conjectural da problemática na primeira seção, em seguida, na segunda seção, debate-se a problemática em torno da efetivação plena do princípio da universalidade do SUS no contexto de financeirização, mas com vistas aos avanços possíveis no âmbito da temporalidade imediata. Na última seção, avança-se para a problematização dos limites inerentes, estruturais, para a utilização do fundo público no horizonte de universalização da saúde, na direção de “permanecer firmemente orientado para as perspectivas históricas últimas do projeto marxiano”¹⁽⁵⁷⁾.

A proposta do Banco Mundial para a reforma do SUS

O Banco Mundial (BM), em recente documento direcionado ao parlamento brasileiro, intitulado 'Propostas de reformas do Sistema Único de Saúde', atualiza o seu argumento, presente

desde a década de 1990, quando aponta a necessidade de ajustes no custo-efetividade das ações e serviços de saúde. Nele, destaca-se que

há espaço para o SUS obter melhores resultados com o nível atual de gasto público [...] para tornar o gasto com saúde mais eficiente [...] Esses resultados corroboram com evidências anteriores que demonstram ineficiências no sistema público de saúde do Brasil²⁽⁴⁻⁶⁾.

O documento é baseado em estudo mais amplo, também do BM, intitulado ‘Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil’. O estudo até reconhece que há subfinanciamento e, mais que isso, destaca que o investimento público em saúde no Brasil é inferior ao de vários países, mas logo depois abandona/ignora essa questão, tergiversa suas causas, aceita-a como algo dado e investe sua argumentação para o convencimento de que se pode fazer mais mantendo-se o patamar atual de investimento:

Diferentemente da maioria dos seus parceiros econômicos, mais da metade dos gastos totais com saúde no Brasil são financiados privadamente (individualmente e planos de saúde privados). A despesa pública com saúde como parte da despesa total com saúde (48,2%) é significativamente mais baixa do que a média entre os países da OCDE (73,4%) e do que os seus parceiros de renda média, está acima apenas da média entre os países do Brics (46,5%)³⁽¹⁰⁹⁾.

Apesar disso, a tônica da direção apontada pelo BM é de que é preciso melhorar a eficiência do que ele chama de ‘gastos’ em saúde, sem aumentar os valores, ou seja, mantendo-se o subfinanciamento. Para tanto, defende que reformar o SUS é necessário:

A economia potencial nos gastos com saúde é relacionada a uma escala ineficiente de prestação de serviços, principalmente nos hospitais. A fim de lidar com a provável expansão

da demanda por serviços de saúde devido à transição demográfica e ao crescente ônus das doenças não transmissíveis, o sistema brasileiro de saúde necessita de algumas reformas estratégicas³⁽¹⁰⁹⁾.

Não foi à toa que o BM defendeu, historicamente, um modelo de universalidade de saúde que se restringe, na verdade, à cobertura universal. Assim, sempre argumentou que esse horizonte seria possível de ser alcançado, mesmo em países em desenvolvimento, desde que observando o custo-efetividade das ações e priorizando segmentos populacionais.

Em primeiro lugar, é preciso contra-argumentar, desvelando a falácia presente na perspectiva de cobertura universal, que, nem de longe, coincide com a proposta de universalidade plena de acesso aos serviços de saúde tal qual foi concebida no Movimento da Reforma Sanitária. A proposta original do SUS consiste na efetivação de um sistema universal, tendo em vista que esse pressupõe ações e serviços estruturados de acordo com as necessidades da população, independentemente de etnia, gênero, classe social ou qualquer outra condição. Pressupõe intervenções de saúde que articulem a esfera individual com a coletiva, a biológica com a social, dando ênfase à saúde sem esquecer da doença. Ancora-se na premissa de que a saúde é um direito de todos a ser garantido pelo Estado e que, portanto, demanda financiamento coerente à magnitude das necessidades de saúde de toda a população⁴.

A simples ampliação da cobertura, ainda que alcance a todos, não se configura em garantia de acesso efetivo ao que se precisa, quando se precisa, com resolutividade, equidade e de modo integral. Pode-se, por exemplo, restringir a cobertura a um pacote mínimo de serviços, inclusive de modo articulado com o setor privado e com mecanismos que o favorecem. Por conta disso, o BM articula sua proposta de cobertura universal à defesa de um sistema ancorado na atenção básica à saúde, apropriando-se e reformulando o conceito de atenção primária à saúde.

A atenção primária consiste em modelo que pressupõe estrutura que permita aos profissionais de saúde se antecipar às doenças e promover saúde, ‘mergulhando’ no cotidiano das coletividades, interagindo com outros setores/áreas sociais, a fim de provocar mudanças mais substanciais no modo de vida e, quando necessário, tratar de problemas básicos de saúde ou possibilitar o trânsito do usuário do sistema ao longo de uma rede de serviços de maior complexidade. Já a atenção básica está focalizada em doenças mais comuns nas camadas mais pobres da população, convergindo bem com a ideia de pacote mínimo a ser coberto por um sistema de saúde nos moldes defendidos pelo BM.

Para Giovanella et al.⁵, a atenção básica

[...] refere-se a um pacote básico de serviços e medicamentos essenciais definidos em cada país, correspondendo a uma abordagem seletiva para alcance de um universalismo básico em países em desenvolvimento. Distingue-se da abordagem integral dos sistemas públicos universais onde corresponde à base do sistema e deve ordenar a rede assistencial⁵⁽¹⁷⁶⁶⁻⁷⁾.

Trata-se de uma proposta pobre para os pobres, mas passa longe das raízes da relação pobreza-saúde e, assim, nem sequer arranha a superfície dessa questão estrutural.

Com efeito, alcançar uma cobertura de saúde para todos não significa, necessariamente, que eles sejam essencialmente públicos e resolutos ante as iniquidades sociais e de saúde. Pior que isso, uma estrutura de serviços focalizados destoa da perspectiva da integralidade, no horizonte de uma concepção ampla de saúde que tenta romper com o modelo biomédico.

A proposta de reforma do SUS do BM põe fim ao SUS conforme foi concebido, impede qualquer chance de concretização de um sistema universal. Para validar essa proposta, ele esconde as raízes do subfinanciamento do SUS, defendendo a política do ‘mais por menos’, mas que, na realidade, só é válida para

as políticas sociais, a fim de garantir ‘o sempre mais’ para o capital financeiro. Portanto, analisar criticamente o processo de financeirização, o relevo que assume na contemporaneidade e seus impactos no Fundo Público é etapa fundamental para entender a real trama causal do subfinanciamento do SUS.

Financeirização da economia e os mecanismos de usurpação de recursos do Fundo Público

O direcionamento neoliberal da política brasileira ganhou impulso, sobretudo, na década de 1990, com uma série de medidas que visavam abrir as fronteiras do País para o capital internacional, com desoneração de impostos para multinacionais, privatização de estatais, utilização indiscriminada da importação como mecanismo do controle de preços e, em síntese, priorização da esfera econômica em detrimento das políticas sociais, a exemplo da saúde. Trata-se do processo denominado de ‘contrarreforma’ por Behring⁶, representando um conjunto de reformas, em vários setores, que fragilizam as pretensões expressas na Constituição Federal (CF) promulgada em 1988.

O avanço do neoliberalismo no Brasil tem no Consenso de Washington, em 1989, um marco histórico responsável por direcionar as relações internacionais do País de acordo com as orientações de organizações financeiras, como o BM e o Fundo Monetário Internacional (FMI). Essas orientações atingem os sistemas de saúde dos países de capitalismo atrasado de forma incisiva, a exemplo do Brasil. Colocam-se, portanto, fortes obstáculos ao financiamento do SUS na proporção que ele precisa a fim de ser plenamente universal⁷.

Três documentos são marcantes do início desse processo: ‘Brasil, novo desafio à saúde do adulto’⁸, no qual se direcionam as ações para a saúde do adulto de forma focalizada, por meio de uma atenção primária precarizada e

criando as condições necessárias para o complexo médico-industrial-financeiro expandir por meio da média e alta complexidade; o 'Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993: investindo em saúde'⁹, no qual se enfatiza a lógica custo-efetividade, defendendo um sistema que ofereça alguns serviços essenciais para os mais pobres e que possua, nos demais serviços, uma articulação com o setor privado; e 'A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90', quando são ratificadas as preocupações fiscais com a proposta de saúde prevista da CF de 1988.

Foram orientações que distanciaram o SUS da sua proposta original em vários pontos. Um dos principais gargalos forjados a partir dessa dinâmica foi o subfinanciamento do sistema, com confusões jurídico-legais a respeito da vinculação de recursos para a saúde e com um patamar de investimento sempre aquém da reivindicação original de 10% do Produto Interno Bruto (PIB), o que restringiu sua efetividade enquanto sistema universal. Sabidamente, o mecanismo de subfinanciamento das políticas sociais públicas, sobretudo na seguridade social (saúde, previdência e assistência social), tem sofrido com a desvinculação de receitas, utilizadas para criar *superavit* primário e, com isso, pagar juros da dívida pública^{11,12}.

Para Salvador¹¹⁽³⁰⁹⁾:

Os portadores de títulos públicos usam o subterfúgio de condições de 'credores' do setor público para esconder sua real condição de privilegiados da política econômica, principalmente a política fiscal e monetária, em cursos nos anos do neoliberalismo. O fundo público transfere enorme massa de recursos para esses rentistas, o que restringe as políticas sociais, a capacidade de investimento público, ainda, concentrando renda e riqueza e dificultando o crescimento.

A dívida pública, apesar de sugar uma enorme parcela dos recursos públicos, tem aumentado continuamente (uma vez que apenas se amortizam parte dos juros), proporcionando altas taxas de lucros para aqueles

que adquirem títulos e que são privilegiados pela política cambial e pelos juros elevados. No início do Plano Real (julho de 1994), a redução da inflação à custa do aumento dos juros fez com que a dívida líquida do setor público saísse de 32,8% para 50% do PIB ao final do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC). Já no governo Lula, criou-se a falsa sensação de diminuição dessa dívida; contudo, o que aconteceu não passou de uma internalização da dívida externa. Ou seja, a dívida externa diminuiu, ao passo que a dívida líquida interna, que era de 38% do PIB em 2003, atingiu 50% em 2008¹¹.

O cenário econômico (e político) nacional passou por uma intensa financeirização, o que implica a canalização de recursos para a esfera financeira, visando pagar os juros da dívida pública. Assim, foi diante dessa necessidade (por parte do capital portador de juros) que se criou a Desvinculação de Recursos da União (DRU):

A criação do Fundo Social de Emergência, em 1994, que posteriormente denominou-se Fundo de Estabilização Fiscal e, a partir de 2000, intitulou-se Desvinculação das Receitas da União (DRU) - denominação até o momento mantida, definiu, entre outros aspectos, que 20% da arrecadação das contribuições sociais seriam desvinculadas de sua finalidade e estariam disponíveis para uso do governo federal, longe de seu objeto de vinculação: a seguridade social¹²⁽⁹⁸⁷⁾.

Em relação à DRU, Salvador¹¹ apresenta dados do período de 2000 a 2007, comprovando que foram desviados R\$ 278,4 bilhões da seguridade social para o orçamento fiscal, visando gerar *superavit* primário e, assim, criar expectativas no mundo financeiro de que o compromisso com a dívida seria cumprido. Mendes¹², baseado em dados da Associação Nacional de Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil - Anfip (2013), analisa um período maior, constatando que

esse mecanismo vem provocando perdas de recursos para a seguridade social da ordem

de R\$ 578 bilhões, entre 1995 a 2012, tendo sua continuidade assegurada até 2015¹²⁽⁹⁸⁸⁾.

Em 2013, a desvinculação foi de R\$ 63,4 bilhões; em 2014, R\$ 63,2 bilhões; e a partir de 2016, foi aprovada sua majoração para 30% do orçamento¹³. Apesar do evidente ‘vazamento’ de recursos, omite-se a responsabilidade da DRU no subfinanciamento das políticas sociais, o que serve de desculpa para o ajuste fiscal, a exemplo do que foi feito com a Emenda Constitucional 95/2016. Nesse nível de análise, considerando a dinâmica das políticas sociais nos limites do capitalismo, percebe-se que o cerne do suposto aperto orçamentário não se deve às políticas sociais, mas à dinâmica do capital financeiro:

[...] o governo federal insiste em comentar o seu quadro de rigidez orçamentária. Do total do seu orçamento para 2013 (R\$ 2,2 trilhões), 46% estão comprometidos com as despesas financeiras (pagamento de amortização e juros da dívida). Interessante é que aqui não fica explicitado que se trata de uma escolha prioritária há anos. Os demais 54% do orçamento estão comprometidos com as despesas primárias, incluindo as despesas obrigatórias e despesas discricionárias (com áreas protegidas – educação, saúde, ‘Brasil sem miséria’, PAC e inovação –, com as outras obrigatórias – benefícios dos servidores –, com cortes efetuados em todas as demais áreas)¹²⁽⁹⁸⁸⁾.

Essa omissão se apresenta nos dados oficiais do Tesouro Nacional, à medida que se tenta demonstrar o *deficit* da seguridade social, quando, na verdade, ter-se-ia saldo positivo, não fosse a desvinculação:

A partir de uma concepção ‘equivocada’, a tabela elaborada pelo Tesouro Nacional apresenta um ‘déficit’ na seguridade social na execução orçamentária realizada até o último bimestre/2007, de R\$ 23,4 bilhões. O falso déficit apresentado é facilmente desmontado ao analisar-se a tabela ‘9-A’ da mesma

publicação [do Tesouro Nacional], transcrita nesta tese, pois observa-se um desvio, por meio da DRU, de R\$ 38,6 bilhões das receitas da seguridade social. Portanto, ao incluir os recursos ‘surrupitados’ pela DRU para o orçamento fiscal, a seguridade social teria um saldo superavitário de R\$ 15,2 bilhões, mesmo na lógica desfavorecida da contabilidade oficial¹¹⁽³²³⁾.

Diante dessas prioridades, o fundo público vem sendo utilizado, antes de mais nada, para o pagamento da dívida pública, sob a máscara de ser o mecanismo de garantir o custeio das políticas sociais, mas que é contínua e permanentemente saqueado. Isso implica a desvirtuação da universalidade enquanto princípio do SUS, direcionando o sistema no sentido preconizado pelo BM (subfinanciado), com um pacote de serviços básicos, focalizado em doenças e segmentos populacionais, camuflado pela falácia da eficiência de gastos.

Como não bastasse esse ínfimo investimento público com saúde, ainda há uma significativa transferência de recursos para instituições privadas de saúde, especialmente por parte dos municípios e estados. Vejamos:

[...] Um breve levantamento nos dados do Siops das despesas totais dos municípios com saúde (2002 a 2007) revela que os gastos com serviços de terceiros (pessoas jurídicas – PJ) representam, em média, 27% do total do gasto municipal com saúde. Ainda há uma transferência relevante de recursos que vem crescendo nos últimos anos para instituições privadas sem fins lucrativos, transferências essas que já representaram, em 2007, 17,09% dos gastos correntes com saúde [...]. Em relação aos estados, as informações do Siops indicam que as despesas com serviços de terceiros (PJ) representaram 25% do montante do gasto com saúde nos estados¹¹⁽²⁷²⁾.

Como os recursos da União são transferidos fundo a fundo para municípios e estados, pode-se dizer que essa esfera governamental acaba participando consideravelmente no

financiamento das instituições privadas, o que é potencializado pelos casos de isenções fiscais e de terceirização/privatização, determinando uma direção no sentido oposto ao idealizado na Reforma Sanitária.

Além disso, considerando que esses recursos públicos são arrecadados por meio de uma tributação regressiva, a população de menor poder econômico é penalizada duas vezes. De acordo com Salvador¹¹⁽¹¹⁾:

- a) do montante de R\$ 1,04 trilhão arrecadados [35,39% do PIB em 2009], a maior parte dos tributos tem como base de incidência o consumo, totalizando R\$ 569,93 bilhões, equivalentes a 54,90% da arrecadação tributária das três esferas de governo;
- b) quando se agrega a tributação incidente sobre o consumo com aquelas imputadas sobre a renda dos trabalhadores, fica revelado que o Estado brasileiro é financiado pelos trabalhadores assalariados e pelas classes de menor poder aquisitivo que são responsáveis por 65,58% das receitas arrecadadas pela União, estados, Distrito Federal e municípios;
- c) quando se compara os impostos e contribuições incidentes sobre os lucros dos bancos aos impostos e às contribuições calculadas sobre a renda dos trabalhadores, observa-se que enquanto as entidades financeiras pagaram R\$ 22,64 bilhões em Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IPRJ), os trabalhadores pagaram quase cinco vezes mais tributos diretos que os bancos (R\$ 110,86 bilhões).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)¹⁴, baseado em dados da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe) da Universidade de São Paulo (USP), destaca que a carga tributária representa 48,8% da renda familiar mensal entre os que ganham até dois salários-mínimos, contra 26,6% entre as famílias com renda mensal maior que 30 salários-mínimos, comprovando o caráter regressivo da tributação.

Assim, a dupla penalização a que os mais

pobres sofrem consiste no fato de serem eles os que pagam a maior parte dos recursos do fundo público; porém, na hora de terem o retorno desses recursos, sob a forma de seguridade social e outras políticas, acabam se deparando com serviços subfinanciados e pouco resolutos, a exemplo de um sistema de cobertura universal pautado na atenção básica. Ou seja, eles pagam mais, recebem pouco e sustentam o enriquecimento dos rentistas da dívida pública.

O fundo público funciona como um público, mas para a população com menor poder aquisitivo, especialmente para a classe trabalhadora, pois, para os mais ricos, ele vem sendo um instrumento estratégico, uma vez que garante a dinâmica do capitalismo contemporâneo. Portanto, manter o SUS subfinanciado é bastante funcional ao capital portador de juros. Ainda que haja espaço para a melhoria da eficiência no investimento em saúde, não se pode ignorar seu subfinanciamento, as limitações que isso traz para a proposta conforme foi concebida e as reais causas e interesses por trás desse processo.

Fundo público e saúde: limites e contradições estruturais

Já se demonstrou que o fundo público é vital para o capitalismo contemporâneo, financiado. Agora, expande-se essa conclusão para o capitalismo em geral, uma vez que o crédito, os juros, o suporte material do Estado, a dívida pública etc. são elementos que já se faziam fundamentais para a reprodução ampliada do capital nos seus estágios mais primitivos. O fato de agora possuírem maior relevo corresponde às necessidades atuais do capital, em resposta a sua crise estrutural, como diria Mészáros¹, encontrando um paliativo na intensificação da financeirização da economia.

Assim, o fundo público é um componente estrutural do modo de produção capitalista, exercendo função indispensável à rotação do

capital, especialmente nos momentos de crise. Como muito bem assinala Behring⁶⁽¹⁵⁵⁾,

uma condição decisiva para que o ciclo do capital ocorra como produção e reprodução é a de que exista a metamorfose permanente da forma capital-mercadoria em capital-dinheiro mediada pela produção e pela circulação como processos ininterruptos.

Esse processo permanente/ininterrupto constitui a rotação do capital:

Nela, o capital assume suas variadas formas - mercadorias, dinheiro, capital variável, capital fixo, capital circulante -, no tempo e no espaço, na produção e na circulação. Trata-se de processos intimamente interligados e que expõem o conjunto do sistema a grandes abalos, porque é da natureza da produção capitalista não ter um fluxo 'normal', seja por razões objetivas, a exemplo do desencontro dos processos de metamorfose da mercadoria em dinheiro no tempo e no espaço; seja também por razões subjetivas, já que o sistema caminha sobre as pernas dos homens, das classes, da sua ação política e com impactos materiais muito importantes, a exemplo de uma greve geral por tempo indeterminado⁶⁽¹⁵⁵⁾.

Esse movimento do capital está sujeito a diversas interferências, alterando sua velocidade. Uma contração do tempo de rotação pode fazer com que parte do valor-capital adiantado se torne supérfluo à reprodução social, o que implica o surgimento de uma plethora de capital monetário. "Ou seja, há uma necessidade permanente do conjunto do sistema de capital-dinheiro, mas pode existir uma combinação de tempos de rotação que gera excesso de capital nessa forma"⁶⁽¹⁶²⁻³⁾, podendo resultar em superprodução e superacumulação, interrompendo a rotação.

As crises de superprodução revelam uma contradição insolúvel do sistema do capital: como se produz no sentido da acumulação, mediante a intensa concorrência privada, diga-se

então, produz-se anarquicamente, gera-se uma situação na qual o conjunto da produção ultrapassa as necessidades da esfera da circulação, não realizando a mais-valia cristalizada nas mercadorias. Ademais, "para produzir mais-valia é necessário vender e o poder de compra também é achatado, tendo em vista uma maior extração de mais-valia"⁶⁽¹⁷²⁾, acentuando as contradições entre produção e circulação, que resultam e se revelam nas crises.

Diante disso,

a questão central aqui é que, nesse movimento de perdas e ganhos, não existe uma tendência ao equilíbrio, e os capitalistas vão demandar sempre para sua gestão cotidiana do capital um capital adicional e líquido⁶⁽¹⁶³⁾.

Perante essa necessidade, o crédito se torna indispensável, pois

se constitui em capital adicional a ser mobilizado para a gestão da escala da produção, para adiantamento do capital variável, para renovação do capital fixo, e um conjunto de outros procedimentos da reprodução ampliada do capital, [ou ainda, em outra circunstância,] se constitui em tesouro, que pode se transformar em papéis e títulos individuais ou dos Estados, valorizando-se em torno da produção futura⁶⁽¹⁶⁵⁾.

Trata-se de mecanismos para garantir a continuidade da rotação do capital, cujo ponto de intervenção é a esfera da circulação, mediante processos especulativos que criam uma aparente autonomia dessa esfera diante da produção, como se ela fosse capaz de gerar capital. Contudo, lembremos que Marx¹⁵ decifra a origem da mais-valia e, portanto, do próprio capital, que só se faz na esfera da produção, apesar de não poder prescindir da esfera da circulação para a sua realização.

Dessa maneira, o entesouramento, que permite a injeção de capital na rotação estagnada, consiste, tão somente, em mecanismos de transferência e captura de mais-valia

já produzida, mas que, por se converter de peso morto em capital virtual, sendo capaz de produzir lucro e rendimento, é motivo para a falsa sensação de poder produtivo (de valor) da esfera da circulação⁶.

Para garantir a eficácia dessas estratégias, o capital demanda o suporte do Estado, criando condições para a sua rotação, inclusive por meio de mecanismos de extração de mais-valia, que deverá ser aglutinada sob a forma de fundo público e ficando disponível para a conversão em papéis e títulos. Conforme afirma Salvador¹⁶⁽⁶⁾,

isto [a continuidade da dinâmica capitalista] somente se torna possível apropriando parcelas crescentes da riqueza pública em geral, ou mais especificamente, os recursos públicos que tomam a forma estatal nas economias e sociedades capitalistas.

O fundo público, portanto, consiste em um ‘reservatório’ de mais-valia à disposição do capital mediante sua permanente necessidade de metamorfose, especialmente nas crises. Ou ainda, consiste na “causa contrariante da queda tendencial da taxa de lucros, tendência intermitente do capitalismo e que está na origem do advento das crises”⁶⁽¹⁵⁵⁾.

Desse modo, pela sua função, o fundo público é portador de uma limitação intrínseca no que tange ao financiamento da saúde e das demais políticas sociais. É dele que saem os recursos para o financiamento dessas políticas (que, lembremos, também contribuem para a reprodução do capital, ao transformarem o Estado em um comprador, sendo mais uma das formas de garantir a rotação e de lutar contra a superprodução), o que vem justificando sua existência; contudo, sua verdadeira razão de ser repousa sobre as necessidades de rotação do capital, em constante ameaça pela queda tendencial da taxa de lucros.

Isso significa que o fundo público se constitui, estruturalmente, em uma arena de disputa entre políticas sociais e a dívida pública. Nos momentos de crise, ou em conjunturas de

atraso e dependência econômica, essa concorrência acaba por resultar em políticas sociais subfinanciadas e desvirtuadas – sobretudo no âmbito da seguridade social como vimos no caso do SUS – e que penalizam os trabalhadores em vez de garantir o atendimento de algumas necessidades mais imediatas. Ou seja, o financiamento das políticas sociais fica limitado pela função prioritária que o fundo público deve cumprir ante o capital financeiro.

Além disso, convém frisar que se trata de um processo sustentado pelos trabalhadores produtivos, uma vez que são eles, por meio da exploração que sofrem, que produzem a mais-valia que se transforma em lucro, juros ou renda da terra¹⁷. Sendo assim, independentemente de a tributação incidir sobre os mais pobres ou sobre os mais ricos (ser regressiva ou progressiva), são os trabalhadores que pagam pelo fundo público, pois toda riqueza social circulante, da qual o Estado extrai os impostos e tributos, advém da distribuição/repartição da mais-valia que eles produziram. Tal condição consubstancia uma contradição tipicamente capitalista na relação entre o fundo público e a problemática da saúde, como indicado a seguir.

A saúde é um processo social, apesar de se manifestar biologicamente. Ela é resultado do modo como são produzidas as relações sociais em determinado período histórico; ou seja, é fruto do processo de trabalho. No capitalismo, o processo de trabalho é voltado à produção de capital, por meio da exploração da classe trabalhadora, além de determinar uma vida social extremamente conturbada, marcada pela desigualdade social. Nesse processo, ocorre a degradação da saúde dos trabalhadores diretamente na exploração do seu trabalho, mas também, devido ao rebaixamento das condições gerais de vida, trabalhadores ou não, acabam tendo a saúde afetada, ficando sujeitos às diversas moléstias físicas e psicoemocionais¹⁸.

A problemática da saúde se constitui, então, enquanto resultado do processo de trabalho tal qual ocorre no capitalismo (diga-se, processo de valorização). Degradar as condições de saúde corresponde, ao mesmo tempo, a uma

consequência e a um requisito para a existência do próprio capital, uma vez que ele só é produzido na exploração do trabalho, o que não se faz sem derramamento de suor e de sangue¹⁹.

Paralelamente, as ações e os serviços públicos que visam melhorar as condições de saúde são financiadas por meio de recursos do fundo público. Eis que se estabelece a referida contradição: a produção de mais-valia cria as condições materiais para o financiamento das ações de saúde ao mesmo tempo que, pela dinâmica inerente da sua produção, degrada a vida humana. Isso significa que o mesmo processo que produz a riqueza convertida em recursos para saúde no fundo público é responsável pelas péssimas condições sanitárias, constituindo-se um verdadeiro sisifismo.

Assim, pode-se constatar que a relação entre fundo público e saúde, sob a égide do capital, possui limites e contradições ontologicamente intransponíveis. Portanto, deve-se continuar tensionando o Estado a fim de garantir recursos em maior quantidade para as políticas pública de saúde, mas se deve ter em vista que isso possui um limite, pois a plena universalização da saúde depende de uma transformação concomitante da sociedade desde suas raízes, eliminando os limites estruturais que consignam o sistema de saúde à dinâmica do capital.

Considerações finais

Constatou-se que o BM possui protagonismo na condução do processo de hipertrofia da financeirização da economia e concretização

dos objetivos internacionais do neoliberalismo. No que concerne à saúde, suas orientações incidem consideravelmente no patamar de financiamento dos sistemas que se propõem alcançar a universalidade plena.

Para tanto, essa instituição financeira, por meio de uma manobra teórico-conceitual (de fundo ideopolítico), desloca a concepção de sistema universal e atenção primária à saúde, abrindo espaço para a propagação da ideia de cobertura universal, efetivada por intermédio da atenção básica à saúde.

No caso brasileiro, constatou-se que o caráter crônico do subfinanciamento da saúde tem na DRU um dos seus mecanismos principais, pois, a partir dele, o fundo público é saqueado. Com isso, os recursos que deveriam financiar a seguridade social acabam nutrindo a dívida pública. Tal condição afasta o SUS de sua proposta original e o aproxima do que defende o BM.

Um processo de ruptura com esse mecanismo é necessário, tanto do ponto de vista da temporalidade imediata, porquanto mais recursos são necessários e possíveis para o SUS; quanto do ponto de vista das perspectivas históricas últimas do projeto revolucionário, do qual depende a plena efetivação da universalização da saúde, tendo em vista os limites estruturais do fundo público perante o capital.

Colaborador

Souza DO (0000-0002-1103-5474)* é o único autor do ensaio. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Mészáros I. Para além do Capital: rumo a uma teoria da transição. São Paulo: Boitempo Editorial; 2009.
2. Banco Mundial. Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Washington: Banco Mundial; 2019.
3. Banco Mundial. Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Brasil – revisão das despesas públicas. Brasília, DF: Banco Mundial; 2017.
4. Barros FPC. Cobertura universal ou sistemas públicos universais de saúde? Anais do IHMT 2014; 13:87-90. [acesso em 2019 nov 12]. Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/176>.
5. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, et al. Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies. Ciênc. Saúde Colet. 2018; 23(6):1763-1776.
6. Behring ER. Brasil em Contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez; 2003.
7. Correia MVC. O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismos de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. [tese]. Recife: Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco; 2005. 342 p.
8. Banco Mundial. Brasil, novo desafio à saúde do adulto. Washington: Banco Mundial; 1991.
9. Banco Mundial. Relatório sobre o desenvolvimento mundial de 1993: investindo em saúde. Rio de Janeiro: FGV; 1993.
10. Banco Mundial. A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90. Washington, DC: Banco Mundial; 1995.
11. Salvador E. Fundo público no Brasil: Financiamento e destino dos recursos da seguridade social (2000 a 2007). [tese]. Brasília, DF: Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília; 2008. 395 p.
12. Mendes A. The long battle for SUS funding. Saúde Soc 2013; 22(4):987-993.
13. Floriani Neto AB, Pamplona BA. O impacto da desvinculação de receitas da união nas políticas públicas de saúde. R. Opin. Jur. 2017; 15(21):32-49.
14. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde. Brasília, DF: Conass; 2011.
15. Marx K. O Capital: crítica da economia política. Livro primeiro, Tomo I. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural; 1988.
16. Salvador E. Fundo Público e o financiamento das Políticas Sociais no Brasil. Serv. Soc. Rev. 2012; 4(2):04-22.
17. Behring ER. Crise do capital, fundo público e valor. In: Boschetti I, Behring ER, Santos SMM, et al. Capitalismo em crise, política social e direitos. São Paulo: Cortez; 2010.
18. Souza DO. A saúde na perspectiva da 'Ontologia do Ser Social'. Trab. Educ. Saúde 2016; 2(14):337-354.
19. Souza DO, Melo AISC, Vasconcellos LCF. A saúde dos trabalhadores em "questão": anotações para uma abordagem histórico-ontológica. O Social em Questão. 2015; 18(34):107-136.

Recebido em 23/05/2019

Aprovado em 06/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve