

## O Financiamento do SUS: principais dilemas

**(Autora principal) Juliana Fiúza Cislighi** - Mestre em Serviço Social, Professora Assistente da Faculdade de Serviço Social da UERJ e Co-coordenadora do GOPSS/UERJ. Email: [fiuzajuliana@yahoo.com.br](mailto:fiuzajuliana@yahoo.com.br).

**Sandra Oliveira Teixeira** - Mestre em Política Social. Professora Assistente Departamento de Serviço Social da UnB e Pesquisadora do GOPSS/UERJ. Email: [sandrinhateixeira@gmail.com](mailto:sandrinhateixeira@gmail.com)

**Tainá Souza** - Mestre em Serviço Social, Professora Assistente da Faculdade de Serviço Social da UERJ e Pesquisadora do GOPSS/UERJ. Email: [taina.con@gmail.com](mailto:taina.con@gmail.com)

### RESUMO

O texto apresenta os principais dilemas postos ao financiamento da saúde no Brasil. Após o resgate da construção do orçamento da seguridade social, analisa-se o financiamento para a saúde, com seus dilemas e embates que passam desde a construção da Emenda Constitucional 29 e a luta pela sua regulamentação até a proposta de contrarreforma tributária. Diante do histórico subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) que impossibilita à universalização do acesso e a qualidade na prestação dos serviços de saúde as respostas que vem sendo dadas por setores, principalmente governista, é a de que este se constitui um problema de gestão, e não de falta de recursos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Financiamento do SUS; Privatização do SUS; Novos Modelos de Gestão; Emenda Constitucional 29

### ABSTRACT

The following paper presents the main dilemmas in Brazilian health funding. After the retake of the social security's budget construction, health funding is analyzed, with its dilemmas and conflicts which are in place since Constitutional Amendment 29 and the struggle for its regulation to the proposal for a tax counter-reform. Given the SUS sub-funding history, which precludes the universalization of health services access and quality, the answers that have been given by sectors, mainly the government, is that it is a management problem, not a created by the lack of resources.

**KEYWORDS:** SUS Funding; SUS Privatisation; New Management Models; Constitutional Amendment 29

**ÁREA TÉMÁTICA:** O Serviço Social e o Desenvolvimento

## Apresentação

O acesso universal à saúde pública exige um padrão de financiamento que repõe cotidianamente a necessidade do aumento de recursos investidos no SUS, bem como a superação da relação estreita entre o público e o privado, onde a esfera privada cada vez mais, assume a gestão desses serviços. Nesse sentido, este texto tem por objetivo analisar o financiamento da saúde brasileira e suas perspectivas diante de um contexto de fortes estrangulamentos impostos ao orçamento da seguridade social, onde se verifica, por um lado, a possibilidade de aumento de recursos para a saúde pública mediante a regulamentação da Emenda Constitucional 29 e, por outro, os avanços na aprovação legal da gestão privada de serviços públicos, o que implicará aumento da apropriação do fundo público por parte do mercado.

Para tanto, consideramos que o orçamento público não é apenas como uma peça técnica que explicita as fontes de financiamento e as despesas apresentadas pelo Poder Executivo e aprovadas pelo Poder Legislativo. Ele é, sobretudo, uma arena de embate político de diferentes sujeitos que interferem na origem e no destino de recursos em função de interesses de classes e de grupos sociais.

Em que consiste essa disputa do orçamento público no capitalismo? O fundo público, que abrange o orçamento público, questão tributária, política monetária, entre outros “instrumentos” da política econômica e de desenvolvimento capitalista, é fruto de correlação de forças estabelecidas entre as classes sociais. Não deve ser apreendido como a manifestação de recursos unicamente para financiar a acumulação do capital ou exclusivamente para reproduzir a força de trabalho (OLIVEIRA, 1998). O fundo público é constituído a partir da arena de luta de classes decorrente da relação contraditória entre capital e trabalho. Nessa disputa verifica-se um movimento

Em que a mobilização dos trabalhadores busca garantir o uso da verba pública para o financiamento de suas necessidades, expressas em políticas públicas. Já para o capital, com sua força hegemônica, consegue assegurar a participação do Estado em sua reprodução por meio de políticas de subsídios econômicos, de participação no mercado financeiro, com destaque para a rolagem da dívida pública (BEHRING e BOSCHETTI, 2006, 174).

O fato é que em tempos de primazia do capital financeiro e da crise do capital, a disputa do fundo público entre o capital e o trabalho tornou-se mais acirrada e profundamente desigual, uma vez que o capital vem sendo cada vez mais privilegiado em detrimento do trabalho, em razão, especialmente, da financeirização da dívida pública e da diversidade de estratégias adotadas na privatização de serviços públicos, nichos lucrativos cada vez mais rentáveis.

Com base nessas considerações, inicialmente, este trabalho aborda a concepção do orçamento da seguridade social e a regressividade de suas fontes de financiamento e na parte seguinte problematiza o lugar do financiamento da saúde neste orçamento, incluindo um breve balanço crítico sobre a implementação da Emenda Constitucional 29. A terceira parte aborda os dilemas da descentralização e da privatização por dentro do SUS, referentes à centralização de arrecadação tributária na União, embora tenha sido a esfera que menos ampliou os investimentos na saúde, e à adoção da contratação de serviços no âmbito privado.

Em seguida, após analisar o subfinanciamento da seguridade social, especialmente o da saúde, e às ameaças ao orçamento desse modelo de proteção social, com destaque para a

contrarreforma tributária, aborda-se a proposta de regulamentação da Emenda 29 e de criação da Contribuição Social para a Saúde - CSS. Ao final, questiona-se a condição que os novos modelos de gestão “público-privado” assumem no âmbito da política de saúde: racionalização, ampliação e agilização do atendimento ou apropriação do fundo público?

## 1. O orçamento da seguridade social na Constituição de 1988

A Constituição de 1988 estruturou o orçamento do Estado brasileiro em três esferas: o orçamento fiscal, o orçamento das estatais e o orçamento da Seguridade Social. O orçamento de investimentos das estatais (OI) refere-se às empresas em que a União detém, direta ou indiretamente, a maioria do capital social com direito a voto. Este orçamento demonstra apenas pequena parcela dos recursos das empresas estatais federais, tendo em vista que abrange apenas os investimentos realizados no interior das empresas e não a totalidade dos recursos geridos por estas empresas. Recorremos ao exemplo do BNDES para mostrar o quão é turvo o orçamento das estatais. No ano de 2009, segundo consta no orçamento de investimentos, o BNDES investiu o montante de R\$ 17,4 milhões em reformas, manutenção e aquisição de imóveis. Contudo, o BNDES, neste ano, apresentou o seguinte desempenho financeiro<sup>1</sup>: o Sistema BNDES registrou lucro de R\$ 6,7 bilhões, fruto do expressivo crescimento das carteiras de operação de crédito e de títulos e valores mobiliários; o patrimônio líquido totalizou R\$ 27,6 bilhões, correspondendo a um patrimônio de referência de R\$ 54 bilhões; e os ativos totais do Sistema BNDES somaram R\$ 386,6 bilhões.

O orçamento fiscal é composto pelos impostos, sendo o mais importante o imposto de renda, e seus gastos são direcionados ao conjunto de políticas públicas como: defesa nacional, judiciário, educação, administração, trabalho, habitação, cultura, agricultura, transporte, indústria, comunicação e pagamento da dívida pública. Em suma, todas as políticas setoriais do Estado exceto aquelas que compõem a seguridade social.

A seguridade social na Constituição de 1988 é composta pelas políticas de saúde, previdência e assistência social além da proteção ao trabalhador desempregado, incluindo o seguro desemprego. Possui um orçamento próprio composto, além das contribuições previdenciárias, de recursos orçamentários destinados exclusivamente a esse fim, num modelo que chamamos de vinculação de receitas. A Constituição prevê ainda que, de acordo com as necessidades, o orçamento da seguridade social pode ser complementado pelos recursos do orçamento fiscal.

Os recursos orçamentários vinculados ao orçamento da seguridade social são as contribuições sociais<sup>2</sup>. Elas representaram entre 2000 e 2007, em média, 90% do total de recursos da seguridade (SALVADOR, 2010), demonstrando a pouca participação dos recursos do orçamento fiscal no período. Entre elas as mais significativas são as Contribuições previdenciárias (média de 45,52% de participação entre 2000 e 2007), a Contribuição sobre o lucro líquido das

<sup>1</sup> Informações extraídas do Relatório de Gestão do BNDES - Exercício 2009, disponibilizado no sítio do BNDES [www.bndes.gov.br](http://www.bndes.gov.br)

<sup>2</sup> As contribuições sociais são tributos com finalidade específica que obrigam o Estado a aplicá-las no destino estabelecido no momento em que foram criadas (Salvador, 2010, 236).

empresas - CSLL (média de 6,88%) e a Contribuição para o financiamento da seguridade social - COFINS (média de 26,28%)<sup>3</sup>.

O legislador procurou dar estabilidade ao padrão de financiamento, ao eleger várias fontes de recursos. Essa variedade de fontes de recursos da seguridade foi uma conquista importante, pois quando essas políticas eram exclusivamente financiadas pela folha de salários ficavam vulneráveis em períodos de desemprego, queda do rendimento médio dos trabalhadores e aumento do número de trabalhadores sem vínculo formal de trabalho. Assim, a Constituição de 1988 inovou reduzindo a dependência do financiamento das políticas da seguridade da arrecadação da receita previdenciária, sujeita às oscilações da economia, passando a tributar o faturamento e o lucro, base de cálculo mais estável que a folha salarial (GENTIL, 2007).

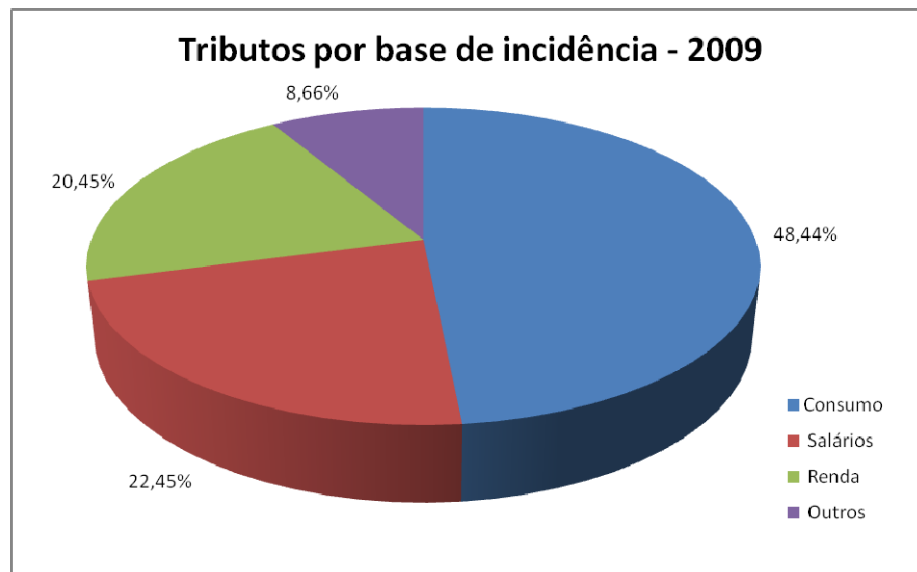
Entretanto, ao adentrar na década de 1990, a política propagandista e falaciosa de crise do Estado vai se espriar e se tornar terreno fértil para as políticas neoliberais, consolidadas na era Fernando Henrique Cardoso. A situação do financiamento da seguridade social revela uma lógica perversa na alocação do fundo público no Brasil na perspectiva dos trabalhadores e das necessidades sociais reais. Hoje, mais do que nunca, o que está em jogo é o redirecionamento do fundo público, escasseando sua alocação na composição das políticas públicas e participando ativamente na recomposição da rentabilidade do capital. (BEHRING, 2008).

Assim, são os beneficiários diretos das políticas da seguridade social, isto é, os trabalhadores, em grande medida os financiadores destas políticas mediante o pagamento de impostos. Isso porque o sistema tributário brasileiro é regressivo, ou seja, baseado em tributos indiretos que não aumentam proporcionalmente conforme aumenta a renda das famílias e são repassados à população no preço de produtos e serviços consumidos. Segundo dados do IBGE referentes à 2002/2003 as famílias com renda de até 2 salários mínimos arcam com tributos indiretos 46% da sua renda familiar enquanto famílias com renda de mais de 30 salários mínimos gastam 16% da sua renda com tributos indiretos (Salvador, 2008). Como podemos ver no Gráfico 1, quase metade dos tributos, em 2009, recaíram sobre o consumo, ficando em segundo lugar a incidência sobre a folha de salários e em terceiro lugar sobre a renda. Outras incidências como sobre o patrimônio, são a menor base de tributação do país.

### Gráfico 1

---

<sup>3</sup> Até ser extinta a CPMF - Contribuição provisória sobre movimentação financeira, também foi uma importante fonte de recursos da Seguridade, chegando a representar 10% dos recursos totais em 2000. Voltaremos a CPMF mais a frente.



Fonte: Jornal do Comércio Disponível em: [www.portogente.com.br/texto.php?cod=23650](http://www.portogente.com.br/texto.php?cod=23650)

## 2. O financiamento da saúde dentro da seguridade social e a EC 29

Na divisão dos recursos dentro da seguridade social, a Constituição não definiu percentuais para cada política, bem como não definiu, no caso da saúde, como se daria a participação de cada esfera de governo - municipal, estadual e federal - no seu financiamento.

Em relação à primeira questão nas disposições transitórias da Constituição garantia-se pelo menos 30% dos recursos da seguridade social para a saúde, esse dispositivo cessou em 1990, com a aprovação da lei nº 8080, lei que regulamentou o SUS. No ano seguinte os recursos para a saúde já haviam se reduzido para 20,95% (MARQUES e MENDES, 2005, 164). Os constrangimentos no total de recursos para a seguridade social têm impactado mais ainda o orçamento da saúde, mas voltaremos a esse ponto nas próximas sessões.

Sobre a segunda questão, apenas em 13 de setembro de 2000, 10 anos, portanto, após a promulgação da lei de regulamentação do SUS e a adoção de respostas temporárias (CPMF), nº8080, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, estipulando a forma de inserção da União, dos estados e municípios no financiamento do SUS. A Emenda Constitucional n. 29 tinha o intuito de prover a suficiência de recursos, bem como avançar no que concerne à solidariedade federativa, ao estabelecer parâmetros para as relações fiscais intergovernamentais dentro do Sistema Único de Saúde.

A EC 29 definia que os estados e municípios deveriam, inicialmente, alocar no mínimo 7% das suas receitas na área da saúde, e, até no ano de 2004, atingir o mínimo de 12% no caso dos estados e 15% no caso dos municípios. A União deveria no primeiro ano ampliar em 5% o orçamento do ano anterior e a partir daí corrigir todos os anos o orçamento da saúde pela variação do Produto Interno Bruto - PIB. A EC 29, a despeito da conquista que foi sua aprovação ao estabelecer a vinculação de recursos considerando as três esferas de governo; de garantir e reforçar o papel de controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde, não define, porém, qual é a origem dos recursos e é omissa em relação ao percentual de cada política na seguridade, ignorando a existência de disputa nesse âmbito.



Entretanto, nenhuma das esferas governamentais cumpriu a vinculação prevista. No nível federal o Ministério do Planejamento considerou como ano-base para o cálculo da EC 29 o ano de 1999 e não o de 2000, como defendia o Ministério da Saúde, o que significou uma redução de 1,19 bilhões de reais no orçamento de 2001, perdas que se acumularam nos reajustes seguintes. Nos estados observa-se que o percentual mínimo não tem sido aplicado em muitos casos, o que somado significava, apenas até 2002, 3,6 bilhões de dívida com o SUS. Nos municípios, apesar do percentual mínimo estar sendo aplicado, o que era para ser o piso transformou-se em teto, isto é, os recursos mínimos não se ampliam mesmo quando as necessidades locais são maiores (MARQUES e MENDES, 2005).

Outro problema que vem sendo verificado no cumprimento dos percentuais mínimos é que em todos os níveis de governo, para burlar a EC 29, passou-se a considerar ações de saúde uma série de gastos como saneamento básico, merenda escolar, pagamento de inativos, entre outros, apesar da resolução 233/2003 do Conselho Nacional de Saúde - CNS estabelecer o que são despesas de ações e serviços de saúde.

Em 2004, para sanar os problemas observados na implementação da EC 29, começou a tramitar no Congresso Nacional o projeto de lei complementar nº 121/2007, de autoria do senador Tião Viana, para regulamentar a EC 29, e que tem o apoio do Conselho Nacional de Saúde e vários setores da sociedade, a fim de que os recursos aplicados na saúde não sejam desviados de sua finalidade, e que sejam definidas suas bases de cálculo, já que a insuficiência e instabilidade de recursos para esta política apresentam-se como um de seus maiores problemas. Contudo, até hoje essa proposta de regulamentação não foi aprovada.

O que se observa, é que apesar de todo o esforço o SUS continua subfinanciado, "representando menos de 17% do OSS [Orçamento da Seguridade Social] e cerca de 5% da despesa efetiva do governo federal (DAIN, 2007, p.1854).

### **3. O financiamento da saúde pós - Constituição de 1988: os dilemas da descentralização e a privatização por dentro do SUS**

A partir da Constituição de 1988, através de articulação, mobilização e luta de trabalhadores e usuários da saúde, constituiu-se o SUS - Sistema Único de Saúde, marcado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização político-administrativa e participação social; integrante da seguridade social e financiado por este orçamento.

A descentralização político-administrativa significava uma maior responsabilização, sobretudo dos municípios na gestão da saúde. No entanto, financeiramente, permanecia a dependência da União na medida em que a arrecadação das contribuições sociais continuava centralizada nessa esfera de governo. Além disso, é preciso considerar que o Brasil é um país extremamente desigual e heterogêneo, podendo ser encontradas realidades muito diversas em seus mais de 5.500 municípios. A Norma Operacional Básica SUS - NOB 01/1993 é um marco na política de descentralização, uma vez que a participação dos municípios no financiamento do SUS passou de 17,2% em 1994 para 21,3% em 2001 (MARQUES e MENDES, 2005). Apesar de a esfera federal ter aplicado o maior montante de recursos no SUS (sua participação total em 2001 era de 56,4% do total de recursos) foi o ente federado que menos ampliou a aplicação de recursos no período. No período de 1995 e 2004, o gasto federal em saúde aumentou apenas 1,3%, o gasto estadual cresceu 19,1% e o gasto municipal 55,8% (Banco Mundial, 2007).

Além disso, a NOB 01/93 garantiu a transferência regular e automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, as chamadas “transferências fundo-a-fundo”, garantindo autonomia de aplicação dos recursos aos municípios habilitados. Essa habilitação para gestão plena do SUS, requer a existência de planos de saúde, conselhos municipais de saúde e relatórios de gestão que permitam o controle social, fundo de saúde, contrapartida de recursos do orçamento local e comissão para elaboração do plano de cargos, carreira e salários - PCCS dos funcionários da saúde.

As “transferências fundo-a-fundo”, no entanto, não garantiram, na prática, a autonomia dos municípios na aplicação dos recursos, pois cada vez mais o governo federal repassava recursos “carimbados”, isto é, destinados a programas definidos previamente, que não podiam ser designados para outros fins, impedindo os municípios de discutirem localmente a melhor utilização dos recursos (MARQUES E MENDES, 2005). Sulamis Dain (2007) indica, ainda, que mesmo após 1988, não foram propostos critérios claros para a descentralização. Assim, “os critérios de repasse não levam em conta as carências na oferta de serviços “públicos” e visam apenas à equalização de rendas, havendo uma ausência de territorialidade no pacto federativo brasileiro, além de um conceito regional inadequado”.

A lógica de “transferência fundo-a-fundo” deveria ser firmar, a partir da NOB 93 e da NOB 96, como alternativa a lógica de remuneração por serviço produzido. Contudo, a remuneração por procedimento ou serviço produzido tornou a opção pela contratação de terceiros, isto é, da saúde privada complementar<sup>4</sup>, ao invés da estruturação própria de serviços pela esfera pública, politicamente mais rentável e rápida para os municípios (Batista Júnior, 2010). Isso tornou a saúde um negócio extremamente lucrativo, construindo uma lógica de privatização por dentro do SUS que fortaleceu a saúde privada. Segundo dados do Fórum de Saúde de Alagoas, atualmente, mais da metade dos recursos do SUS são drenados para o pagamento de procedimentos em serviços privados contratados, caracterizando uma “complementaridade às avessas”.

Para ilustrar a questão da privatização do SUS tomamos informações a respeito do estado do Amazonas em 2007, mas que se repetem em vários outros estados da federação, quanto à utilização de cooperativas de saúde para a prestação de serviços de saúde. O valor destinado as cooperativas (181 milhões) é quase a metade do destinado ao pagamento dos servidores públicos e encargos da saúde (483 milhões), isso sem considerar outras formas de contratação, que se somadas superam a folha de pagamentos do estado, isso porque, o estado do Amazonas tem um quantitativo de 15 mil servidores, enquanto que o pagamento das cooperativas é destinado a 1.900 cooperados.

As tarefas exercidas pelos médicos e profissionais contratados por meio das cooperativas normalmente correspondem às funções de cargos públicos, sem contar que traduzem atividade-fim na área da saúde. “A terceirização de mão-de-obra para exercer atividade inerente ao quadro de pessoal viola o art. 37, II, da Constituição Federal e os princípios da isonomia e moralidade. A Justiça Trabalhista rotineiramente tem atribuído ao Estado do Amazonas responsabilidade subsidiária, ao considerar que as cooperativas encobrem uma contratação irregular”. (AMAZONAS, 2006, p 166). O caso, levado ao TCU foi julgado procedente:

---

<sup>4</sup> Segundo a lei nº 8080 de 1990, que regulamenta o SUS, no título III, que versa sobre os serviços privados de assistência à saúde, no capítulo II – da participação complementar: “quando suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS pode recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada (...) a participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.”

Na realidade, referidas Cooperativas estão desempenhando, em relação aos serviços municipais de saúde, o mesmo papel que desempenham as fundações de apoio [...]: elas vivem exclusivamente em função do vínculo com o Município; não têm patrimônio próprio; utilizam as instalações públicas com todos os equipamentos públicos; grande parte dos cooperados são servidores públicos afastados ou exonerados, que apenas mudam o título sob o qual prestam o serviço e deixam de se submeter às normas constitucionais e infraconstitucionais sobre servidores públicos; seus salários também não sofrem mais as limitações constitucionais próprias dos servidores; já não estão sujeitos à proibição de acumular cargos, empregos e funções; não mais oneram a folha de pagamento de servidores do Município; no entanto, continuam a receber salários provenientes dos cofres públicos; deixa de aplicar-se a lei de licitações e contratos. (DI PIETRO, apud AMAZONAS, 2006, p. 168).

#### 4. As contrarreformas neoliberais e o subfinanciamento da seguridade social

Além de, como já afirmado, o fundo público brasileiro ser hoje composto majoritariamente da renda dos trabalhadores, devido a regressividade do nosso sistema tributário, desde os anos 90, os gastos sociais estão cada vez mais direcionados a políticas para o capital, e não para os trabalhadores. A crise do capitalismo mundial em curso desde os anos de 1970, marcada pela queda tendencial das taxas de lucro, levou o capital a disputar cada vez mais os recursos do fundo público. Duas características passam a marcar o campo dos direitos e serviços sociais: um progressivo aumento da privatização na saúde, na educação, na previdência e etc, que significaram uma ampliação do espaço para investimentos lucrativos do capital; e um também progressivo subfinanciamento das políticas sociais públicas, reduzindo a aplicação do fundo público em seus orçamentos. Com isso, o fundo público passou a ser direcionado para políticas que beneficiam o capital como o pagamento da dívida pública, cujos títulos estão na mão do grande capital como bancos e fundos de pensão. O Estado passou assim a ser uma espécie de “Robin Hood às avessas”, que tira a renda dos trabalhadores para repassá-la aos grandes capitalistas.

Behring (2008) indica a tendência de crescimento vegetativo no financiamento da seguridade social, girando em torno de 12% do PIB, que denota o que a autora chama de “ausência de saltos efetivos” no que tange a alocação de recursos para a seguridade social. De modo que com relação à evolução da carga tributária no Brasil, tem-se um crescimento substancial, principalmente se leva em conta que em 1947 a carga tributária brasileira representava 13,8% do PIB, em 2010 esse percentual chegou a 35,13% do PIB<sup>5</sup>. Contudo, esse crescimento não resulta em crescimento real para o financiamento das políticas da seguridade social e ainda por cima, recaí sobre os trabalhadores, seja através do imposto de renda na fonte ou no consumo, sendo, portanto uma carga tributária regressiva.

Desse modo, apesar de serem asseguradas constitucionalmente as fontes de financiamento e o montante de recursos que garantiriam a estabilidade e suficiência do sistema de Seguridade Social brasileiro, passa, a despeito das regras constitucionais, a prevalecer à instabilidade de receitas, que contribuiu para a disputa entre as áreas da Seguridade Social (DAIN, 2007).

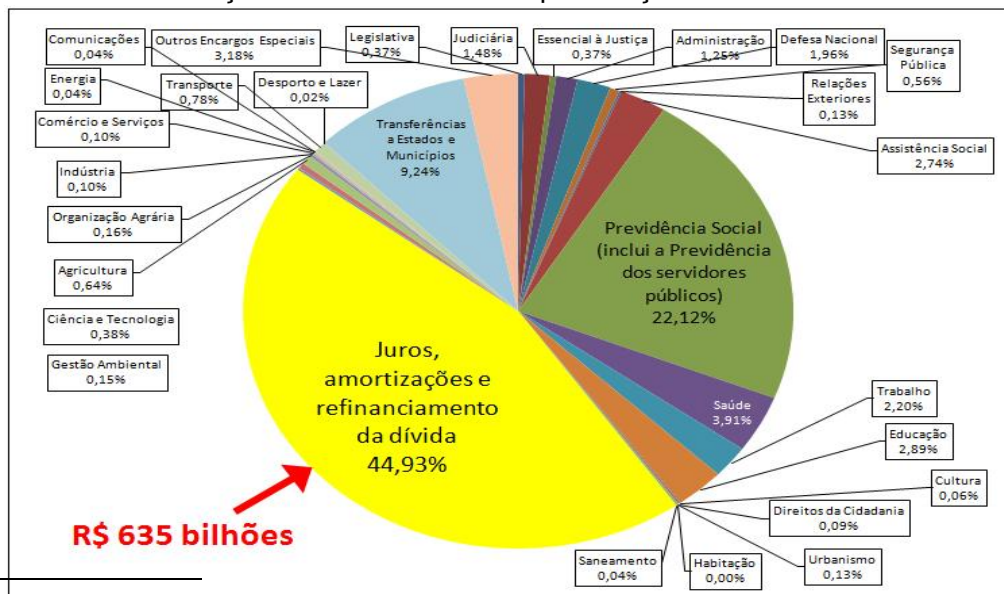
<sup>5</sup> Cf.: <http://g1.globo.com/economia/noticia/2011/03/carga-tributaria-foi-de-3513-do-pib-em-2010-diz-instituto.html>



Com relação à saúde especificamente, uma das principais – mas não única – questões postas refere-se ao seu financiamento. Isto porque o Estado brasileiro adentra na década de 1990, já sob a influência do processo mundial de ajuste neoliberal<sup>6</sup> e de redirecionamento do papel do Estado. Ao longo dos anos 90, portanto, o governo brasileiro em acordo com o setor econômico vai construir, através dos processos de contrarreforma, as bases para a desconstrução de direitos sociais, conquistados arduamente (BEHRING, 2003).

O gráfico 2, elaborado pela Auditoria Cidadã da dívida, demonstra, utilizando 2010 como ano base, como a maior parte do orçamento federal está comprometida com o pagamento de juros e amortizações da dívida pública. Entre as políticas públicas, apenas a previdência social representa uma parte significativa do orçamento, pois seus benefícios devem obrigatoriamente ser pagos de acordo com as regras legais. É graças a isso que os governos têm feito tantos esforços para aprovar contrarreformas que reduzam o direito dos trabalhadores aos benefícios previdenciários.

**Gráfico 2**  
Orçamento Geral da União por Função - Ano 2010



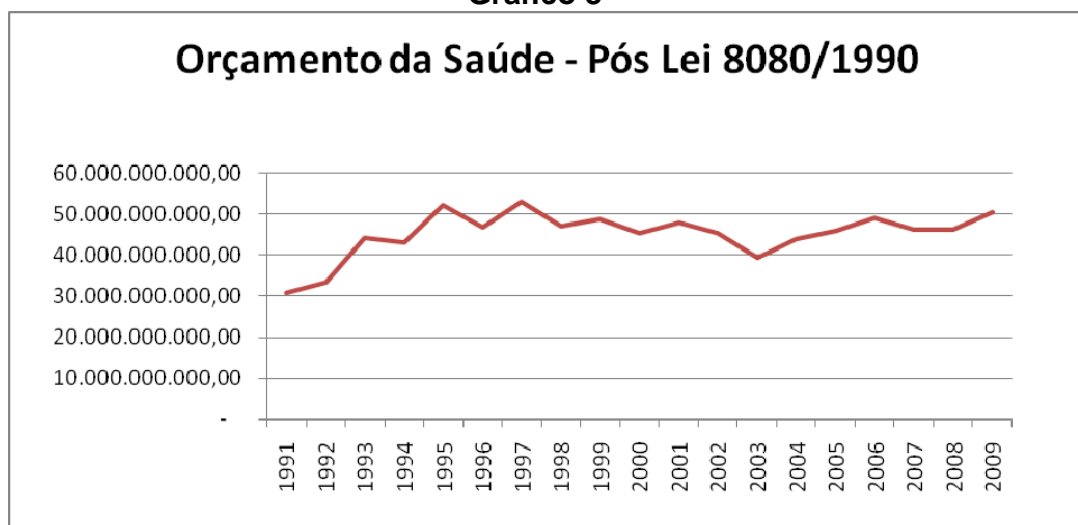
<sup>6</sup> Apesar desse "ajuste" ser verdadeiro em toda a economia capitalista, este se impõe mais firmemente aos países de capitalismo periférico nesse período, principalmente na América Latina, com exceção do Chile, posto que este país já experimenta o modelo neoliberal já na década de 1970.

Fonte: SIAFI - Banco de Dados Access p/ download (execução do Orçamento da União) - Disponível em <http://www.camara.gov.br/internet/orcament/bd/exe2010mdb.EXE> . Elaboração: Auditoria Cidadã da Dívida

Já a política de saúde só conta com 3,91% do orçamento federal total. Outras políticas como educação (2,89%), assistência social (2,74%, apesar dos gastos com o Bolsa Família), habitação (0,00%) têm participação ainda mais ínfima no orçamento demonstrando que a prioridade do governo é o pagamento de juros da dívida ao grande capital credor, ampliando a dívida social com a população trabalhadora.

O gráfico 3 demonstra os gastos do governo federal em saúde desde a implementação do SUS. Podemos notar inicialmente um incremento nos recursos para cobrir a ampliação da cobertura decorrente da universalização do sistema. Depois desse momento, porém, os recursos ficam estagnados numa faixa entre 40 e 50 bilhões de reais, tendo sido financiados principalmente pela CPMF até a sua extinção e pela Contribuição Social sobre o Lucro Líquido. Isso reflete a disputa por recursos dentro da seguridade social, como já vimos, mas, sobretudo, uma estagnação na totalidade dos recursos do orçamento da seguridade, apesar do governo ter ampliado a arrecadação de tributos nesse período. Entre 1996 e 2005 a arrecadação tributária aumentou 101,62% (Salvador, 2007).

Gráfico 3



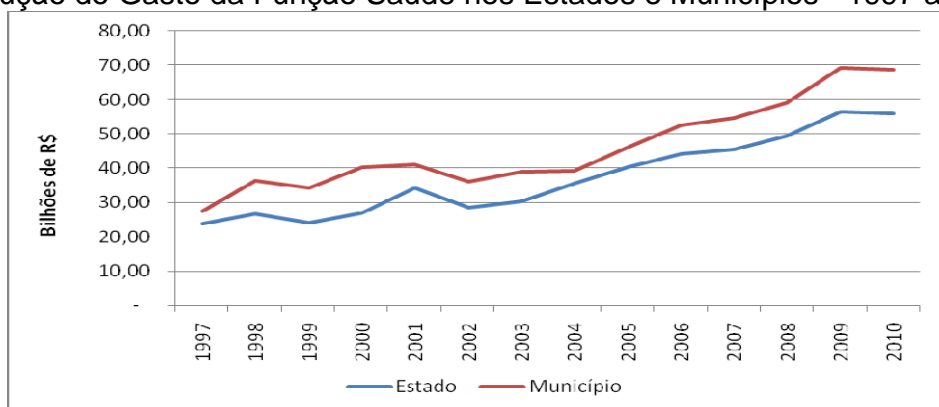
Fonte: Banco de dados do Tesouro Nacional. Elaboração própria. Corrigido pelo IGP-DI.

Quanto ao valor destinado ao SUS pelos 3 entes federados, o referido montante não ultrapassa o limite de 3,7 % do PIB. No Brasil o gasto total da saúde, público e privado, gira em torno de 8% do PIB, sendo que a participação pública é de apenas 42%. Ou seja, trata-se de um país que, mesmo tendo um sistema público universal de saúde, o gasto privado (bolso de trabalhadores cidadãos) é maior que o público (PIOLA, s/d).

Ao longo do período de 1997 a 2010, os recursos gastos na função saúde nos estados e municípios, conforme dados declarados por estes entes federados à Secretaria do Tesouro Nacional, aumentaram, respectivamente 134,7% e 151,8%. Após o ano de 2002, o crescimento dos recursos foi constante, conforme mostra o Gráfico 4, exceto no ano de 2010, tendo sido reduzido 1,1% no caso dos estados e 0,7% nos municípios em relação ao ano de 2009. Segundo esses dados, neste ano, o estado investiu o montante de R\$ 55,7 bilhões e os municípios o valor de R\$ 68,8 bilhões, superando o montante de R\$ 55,4 bilhões executados pelo governo federal.

**Gráfico 4**

Evolução do Gasto da Função Saúde nos Estados e Municípios - 1997 a 2010



Fonte: FINBRA. Secretaria do Tesouro Nacional. Elaboração própria. Valores atualizados pelo IGP-DI.

Uma questão se impõe: por que o aumento da arrecadação das contribuições sociais em âmbito federal não significou ampliação dos recursos para a seguridade social? Devido à existência de um mecanismo de transferência dos recursos da seguridade social para o pagamento da dívida pública é a DRU - Desvinculação de Receitas da União<sup>7</sup> que permitia que 20% dos recursos vinculados, não só no caso da seguridade, mas também na educação, passassem para o orçamento fiscal, permitindo que o governo os utilizasse para qualquer fim. Estima-se que a desvinculação de recursos retirou, entre 2000 e 2007, o valor de 278,4 bilhões da Seguridade Social, corrigidos pelo IGP-DI (SALVADOR, 2010, 377). Apesar da inconstitucionalidade da medida, em 2007, o Senado Federal aprovou a prorrogação da DRU até 2011<sup>8</sup>, reduzindo a desvinculação para 10% em 2009 e 5% em 2010. Assim, ao invés do orçamento fiscal complementar os recursos da seguridade social, a DRU faz o movimento contrário retirando recursos da seguridade. Os recursos transferidos do orçamento fiscal para a seguridade social representam apenas 58% da transferência feita em sentido inverso entre 2000 e 2007. A DRU tornou-se fundamental na composição do superávit primário, este também saqueador do orçamento da seguridade social e das contas públicas. Criado em 1999 como mecanismo de ajuste das contas públicas e a serviço do pagamento da dívida - apesar de não

<sup>7</sup> Antes de chamar-se DRU era denominada Fundo Social de Emergência – FSE e Fundo de Estabilização Fiscal – FEF.

<sup>8</sup> Está em discussão no parlamento a prorrogação da DRU até 2015.

cobri-la, tem montantes superiores aos gastos realizados com saúde e assistência social (BEHRING, 2008).

Além disso, as despesas da seguridade social, assim como ocorre nas ações de saúde, estão infladas com gastos que deveriam ser do orçamento fiscal, como a assistência e a previdência dos servidores públicos e a previdência e a saúde das Forças Armadas reduzindo ainda mais seus recursos.

Outro mecanismo que materializou a retirada de recursos da seguridade social e das demais políticas sociais foi a Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF de 2000. A LRF limita as despesas não financeiras do orçamento e prioriza o pagamento de juros. Os governos passam a ter parâmetros rígidos para o cumprimento de metas fiscais que garantam o pagamento da dívida pública com os credores do grande capital sem ter metas de redução de desigualdades sociais, ou avaliação da necessidade de ampliação de recursos nas políticas sociais. Os recursos da área social passam, assim, a ficar submetidos às necessidades da área fiscal. A responsabilidade fiscal tem a irresponsabilidade social como sua contraface. Uma das principais conseqüências da LRF foi a limitação na contratação de pessoal, que significou a redução de concursos públicos e a falta de mão de obra na saúde, na educação e demais serviços públicos nos últimos anos.

Já a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira - CPMF, instituída por meio da Lei 9.311/1996, foi uma fonte de recursos da saúde que ganhou importância durante sua vigência. Prorrogada inúmeras vezes, a CPMF acabou em 2007. Naquele ano, segundo estimativa do governo, sua arrecadação foi de 14,7 bilhões. Apesar disso, a CPMF também era um imposto regressivo que não seria necessário caso se acabasse com a DRU, que, como vimos, foi prorrogada até 2011.

#### **4.1 . A ameaça da contrarreforma tributária**

Outra ameaça que tem pairado sobre a seguridade social é a proposta de reforma tributária apresentada pelo governo Lula: a Proposta de Emenda Constitucional - PEC 233 de 2008. As principais propostas da PEC são: criação de um imposto sobre valor adicionado com a extinção de quatro tributos federais (COFINS, PIS, CIDE – Contribuição de intervenção no domínio econômico incidente sobre a importação e comercialização de combustíveis e a Contribuição social salário-educação), incorporação da CSLL ao Imposto de Renda da Pessoa Jurídica – IRPJ, redução gradativa da contribuição de empregadores a Previdência Social (o que vai significar uma perda de 24 milhões para a Previdência) , unificação da legislação do Imposto sobre a circulação de mercadorias e serviços – ICMS para todos os estados da federação, criação de um fundo de equalização de receitas -FER para compensar eventuais perdas de ICMS dos estados, criação de um Fundo Nacional de Desenvolvimento Regional (Salvador, 2008).

A justificativa do governo é que a proposta simplificaria os tributos e colocaria fim a “guerra fiscal” entre os estados, ou seja, da disputa de investimentos através de benefícios concedidos pela legislação própria do ICMS.

A proposta, porém, acaba com a lógica de vinculação das contribuições ao orçamento da seguridade social, na prática acabando com seu orçamento próprio. O novo modelo proposto cria um imposto centralizado, o Imposto sobre valor adicionado - IVA, que, somado aos recursos do Imposto de renda e do Imposto sobre produtos industrializados - IPI, será dividido da seguinte forma: 38,8% para a seguridade social, 2,3% para a educação básica, 6,7% para o seguro-desemprego (incluindo o Programa de Integração Social - PIS, que também terá sua contribuição social extinta).

Com isso fica sepultada a diversidade da base de financiamento da seguridade, que volta a depender da folha de salários. Outra consequência é a transformação do modelo de vinculação em modelo de partilha. Com isso a seguridade social passa a ter que disputar recursos do orçamento com estados e municípios, já que a base orçamentária passa a ser a mesma. Se com a vinculação o governo já conseguia construir subterfúgios para diminuir os recursos da seguridade, na lógica de partilha a disputa e a pressão tendem a ser ainda maiores, dificultando mais ainda a recomposição do orçamento da seguridade social.

As mudanças necessárias na estrutura tributária brasileira para caminhar no sentido da distribuição de renda, devem desonerar as famílias mais pobres e reafirmar o princípio constitucional que prevê que cabe a cada cidadão contribuir para o fundo público de acordo com sua capacidade, ou seja, numa perspectiva progressiva. A proposta de (contra) reforma tributária em discussão não resolve esses problemas e ainda prejudica o financiamento da seguridade social, que perde suas, já tão frágeis, garantias (Salvador, 2008).

Cabe chamar a atenção para o fato de que ocorreram mudanças na condução desse processo de contrarreforma tributária no sentido de assegurar um processo mais ágil e nebuloso. Diante da dificuldade de aprová-la por meio de único texto, o tom adotado no atual governo está fundado na perspectiva de fomentar “pequenas reformas” de cunho “gerencial”, com vistas à simplificação e racionalização do sistema, conforme expresso em seu discurso proferido durante a posse presidencial.

Com isto, o Plano Brasil Maior, lançado em agosto deste ano, prevê uma série de ações que asseguram o fortalecimento da indústria brasileira em tempos de crise em detrimento da condição do trabalho. Uma das medidas refere-se à desoneração da contribuição patronal sobre a folha de pagamento dos setores de confecção, calçados, móveis e software até o final de 2012 e, conseqüentemente, a acentuação da incidência tributária sobre a renda dos trabalhadores. Essa ação, empregada sob as equivocadas justificativas de alto custo da força de trabalho no Brasil, da competitividade produtiva, de impacto zero na previdência e da criação de postos de emprego, atinge visceralmente o orçamento e a concepção de direito à seguridade social, particularmente o da previdência social. Estima-se a perda de recursos para a seguridade social na ordem de R\$ 200 milhões, em 2011, e de R\$ 1,4 bilhão, em 2012<sup>9</sup>.

A proposta apresentada pelo governo para a recomposição do recurso da seguridade social acentua a lógica tributária regressiva, pois a tributação sobre a folha de pagamentos foi substituída pela contribuição sobre o faturamento e, eventualmente, por recursos do Tesouro. Trata-se, em outros termos, de responsabilizar integralmente o trabalhador no financiamento da previdência social.

## 5. O retorno do debate acerca da Emenda 29 e a proposta da CSS

No segundo semestre de 2011 a possibilidade de votar um projeto de lei para regulamentar a EC 29 recolocou o debate do financiamento da saúde na agenda pública. O projeto de lei que está sendo emendado e debatido é o PLS 121/ 07 de autoria do Senador Tião Viana (PT- AC) que foi remetido a Câmara de Deputados como PLP 306/2008. Como pode ser observado já fazem quatro anos que o projeto está em tramitação e só agora por iniciativa do governo federal o projeto está sendo votado em regime de urgência. O PL original traz dois avanços importantes: a fixação da participação da União em 10% de sua receita bruta e a regulamentação do que são ações de

<sup>9</sup> [http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2011/08/03/internas\\_economia,263900/receita-estuda-tributo-para-compensar-desoneracao-da-folha-de-pagamentos.shtml](http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2011/08/03/internas_economia,263900/receita-estuda-tributo-para-compensar-desoneracao-da-folha-de-pagamentos.shtml)



saúde limitando-as ao âmbito do SUS, excluindo gastos com assistência social, merenda escolar, saneamento básico, aposentadoria dos profissionais da saúde entre outras ações que vinham sistematicamente tiravam recursos do SUS, maquiando a aplicação dos percentuais mínimos. Estima-se que, com a aprovação desse percentual saúde ganhará 32,5 bilhões<sup>10</sup>. Observa-se ainda que o projeto garante a transparência e a fiscalização por meio dos Conselhos de Saúde e não incorpora dispositivos atinentes à correção da distribuição desigual dos recursos entre as regiões do país.

Uma das principais polêmicas, uma emenda ainda não votada, propõe a criação da CSS – Contribuição Social para a Saúde, que ressuscita a CPMF. A emenda garante que a totalidade dos recursos arrecadados com esse novo-velho imposto irá para o Fundo de Saúde excetuando os 20% da DRU. À primeira vista, a criação dessa fonte de recurso específica para a saúde significa a possibilidade de aumento de recursos para essa política. Mas significa, também, reforçar o caráter de especialização, e não de diversificação, das receitas que financiam as políticas de seguridade social. Ou seja, esses recursos não poderiam custear, por exemplo, a ampliação da previdência rural.

Outra emenda, porém, tira os recursos do Fundeb da base de cálculo dos percentuais mínimos. Essa emenda já foi aprovada e estima-se que significará uma perda de 7 bilhões anuais para a saúde. Com isso os recursos arrecadados pela CSS servirão basicamente para repor os recursos perdidos com a retirada do FUNDEB da base de cálculo sobrando apenas, 8,2 milhões de ganhos reais.

Outras propostas vem sendo ventiladas para garantir os recursos necessários para a saúde quais sejam: taxaço maior de bebidas alcoólicas e cigarro e multas de trânsito, que garantem uma arrecadação bastante pequena frente as necessidades da saúde, fim do desconto de despesas particulares com saúde no imposto de renda e do subsídio do Estado ao pagamento de planos de saúde dos servidores públicos; taxaço das grandes fortunas, propostas que se arrasta há muitos anos no Brasil, redução em 1% dos juros que manteria 10 bilhões nos cofres públicos a serem usados na saúde e uso dos recursos do pré-sal, recursos que estão sendo disputados por todas as áreas e entes da federação.

O consenso estabelecido entre os defensores do SUS é a necessidade de ampliar em 83 bilhões os atuais 71,5 bilhões previstos no orçamento de 2011, o que alcançaria cerca de 6% do PIB para o setor, percentual usado como referência por ser o percentual aplicado em média nos países centrais<sup>11</sup>. Com as propostas em discussão municípios e estados continuarão repassando 12% e 15%.

O que está em debate é a necessidade de ampliação dos recursos federais. Sem os 10% da receita bruta, presentes no projeto original, recusado em primeira votação na Câmara de Deputados, e com a retirada do Fundeb da base de cálculo a saúde perde com a regulamentação da EC 29. A única possibilidade é a aprovação da CSS, imposto regressivo, que deixaria a saúde praticamente na mesma situação que se encontra hoje, saída que tem várias resistências dos parlamentares e da população, na medida em que significa a criação de um novo imposto. Ou seja, estamos discutindo “um museu de grandes novidades”.

Para Gilson Carvalho da Comissão de Financiamento do Conselho Nacional de Saúde

<sup>10</sup> Dados do site: <http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2011/09/11/domingueira-nos-e-perspectivas-da-regulamentacao-da-ec-29/> .

<sup>11</sup> Essa proposta foi consensual no II Seminário contra a privatização da saúde organizado pela Frente Nacional contra a privatização da saúde em 2011 em São Paulo a partir da palestra proferida pelo Prof. Áquilas Mendes.

Não se pode cair na falácia da planieconomocracia governamental afirmando que gasta-se muito e gasta-se mal. Convenceremo-nos, calibrando o discurso verdadeiro do: gasta-se pouco e gasta-se mal (mau uso e uso errado). Além de medidas eficientizadoras, as mais diversas, há necessidade de mais recursos para a saúde.<sup>12</sup>

A ampliação de recursos para a saúde passa necessariamente pelo questionamento de prioridades da política econômica e de ameaças à privatização do SUS. Trata-se de discutir a rigidez e a blindagem impressa às medidas econômicas, que consistem em comprometer metade do orçamento com pagamento da dívida e adotar altos juros, DRU, superávit primário e demais mecanismos que tendem a beneficiar majoritariamente o capital financeiro, como vimos anteriormente, bem como as medidas de privatização camuflada da saúde. São medidas que em momentos agudos da crise do capital tem no fundo público o caminho para socializar cada vez mais os custos e os prejuízos e aumentar a apropriação privada da riqueza. A seguir, veremos mais especificamente a importância da luta pela ampliação de recursos ser acompanhada pelo debate sobre a gestão dos serviços ofertados pelo SUS.

## **6. Financiamento e novos modelos de gestão: novos mecanismos de apropriação do fundo público**

Em torno do debate sobre a EC 29 vem se articulando um grupo de mobilização chamado Primavera da Saúde. Na organização deste movimento estão a CUT, a CTB o CEBES, além de outros movimentos sociais ligados ao PT e ao PCdoB, partidos da base do governo e inúmeros conselheiros de saúde. O movimento iniciado no CONASEMS tem realizado atos e mobilizações em defesa da regulamentação da EC 29, mas em seu manifesto não fica claro sob que bases se daria essa regulamentação<sup>13</sup>. Além disso, a discussão do financiamento é feito por esses movimentos sem articular uma crítica frontal aos novos modelos de gestão. Por que isso é fundamental?

Esses “novos modelos” – organizações sociais, fundações públicas de direito privado, empresas públicas – significam, na prática uma entrega do patrimônio do SUS para o setor privado, numa lógica de empresariamento da saúde. Por esse mecanismo o Estado firma contratos de gestão com esses entes geridos pelo direito privado, repassando para eles recursos do fundo público em troca da prestação de serviços. No caso das organizações sociais o processo é ainda mais escandaloso, pois dispensa concurso público para a contratação de profissionais e licitação para a compra de material.

Machado (2002, p. 01, grifos nosso) vai apontar que nos últimos anos houve uma verdadeira avalanche de modelos alternativos a administração estatal direta, ganhando cada vez mais visibilidade e que envolvem novas formas de gestão hospitalar, inserção e remuneração dos profissionais de saúde que podem ocorrer a partir de:

- A transformação de hospitais estatais em unidades de direito privado, com maior autonomia, dentro ou fora do aparelho do Estado;

<sup>12</sup> Em: <http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2011/09/11/domingueira-nos-e-perspectivas-da-regulamentacao-da-ec-29/> .

<sup>13</sup> Ver Manifesto da Primavera da Saúde em: <http://www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=1516&idSubCategoria=56>

- A criação de entidades de direito privado, paralelas aos hospitais, como as fundações privadas de apoio;
- A terceirização da gestão de unidades hospitalares públicas, através da transferência da gestão dos hospitais estaduais para entes provados lucrativos ou não-lucrativos;
- A terceirização das atividades assistenciais do hospital, através da terceirização de determinados serviços clínicos dentro de um hospital público ou da substituição do profissional de saúde/ servidor público por prestadores organizados em modalidades privadas como as cooperativas de profissionais de saúde;
- A adoção de incentivos financeiros para os profissionais de saúde que são servidores públicos, como os vinculados a produtividade

De modo que essas modalidades de gestão envolvem uma nova relação entre o público e o privado apontando a importância da reflexão para sobre o papel do Estado na garantia da saúde como direito de cidadania, além de mostrar a priorização na alocação dos recursos do orçamento saúde.

Com esses novos modelos, a apropriação de fundo público para entidades privadas se dá diretamente por meio do acesso ao recurso público obtido pela venda de serviços da política de saúde realizada pelo Estado. Com a redução da fiscalização e dos mecanismos de controle social a tendência é que o aumento dos recursos do orçamento para a saúde seja canalizado para o aumento lícito e ilícito de lucros. O documento “Contra fatos não há argumentos que sustentem as organizações sociais no Brasil”<sup>14</sup>, organizado pela Frente Nacional contra a Privatização da Saúde<sup>15</sup>, denuncia as inúmeras fraudes trabalhistas, de compras de equipamentos, de desvio de dinheiro; o aumento de recursos destinado a esses modelos de gestão sem o correspondente crescimento da oferta de serviços; a ausência de critérios na seleção de instituições a serem contratadas; o alto custo financeiros dos contratos de gestão; o descompromisso com a continuidade do serviço prestado; assédio moral aos trabalhadores. A maioria das organizações sociais encontra-se sob investigação do Ministério Público.

É importante salientar que apesar do notório conhecimentos dos fatos acima citados, nos últimos dias 13 e 15 de setembro de 2011, no estado do Rio de Janeiro e na cidade de João Pessoa, foram aprovados projetos de Lei permitindo a transferência da gestão de serviços públicos de saúde para Organizações Sociais (OSs)<sup>16</sup>, apesar de várias manifestações contrárias a sua aprovação, por parte de sindicatos, movimentos sociais, fóruns populares e servidores públicos; no caso do Rio de Janeiro, os manifestantes foram impedidos de entrar na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ) para assistirem à votação, sendo atacados com virulência pela tropa de choque da Polícia Militar. Precisamos agora, mais do que nunca estarmos atentos e nos unirmos em defesa da votação favorável à Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) 1.923/1998 que torna inconstitucional a terceirização da gestão de serviços e bens coletivos para as entidades privadas.

## 7. Considerações finais

<sup>14</sup> Ver em [http://www.cfess.org.br/arquivos/relatorioanalitico\\_frentecontrasOS.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/relatorioanalitico_frentecontrasOS.pdf).

<sup>15</sup> Articulação de movimentos sociais e partidos políticos (PSOL, PCB e PSTU, setores do PT e do PcdB) que se posiciona contra todas as formas de gestão baseadas na terceirização para pessoas jurídicas de direito privado.

<sup>16</sup> Cf. : [http://www.cfess.org.br/noticias\\_res.php?id=687](http://www.cfess.org.br/noticias_res.php?id=687). No RJ e na PB, saúde pública é violentada. Acesso: 18/09/2011.

Com as breves considerações e os dados apresentados no texto temos, em síntese, duas questões chave para compreender na sua totalidade os problemas de financiamento da seguridade social e dentro dela da política de saúde: por um lado a lógica regressiva do sistema tributário faz com que as políticas sociais sejam financiadas pelos trabalhadores e por outro tem se observado uma estagnação nos gastos com políticas sociais em favor da transferência do fundo público para o capital através da dívida pública.

No caso da saúde, a lógica de financiamento tem historicamente beneficiado o setor privado, que recebe do SUS por meio do pagamento de procedimentos realizados pela rede contratada. Cooperava para isso o espírito contrarreformista do Estado brasileiro em sua versão neoliberal, que propõe, em termos gerais, preparar o país para um novo “projeto de modernidade”, em que as conquistas advindas da Constituição - principalmente seu capítulo sobre a seguridade social -, fossem doravante desconsideradas, uma vez que, oriundas de uma Constituição perdulária, não poderiam logicamente ser sustentáveis. Dá lugar, assim, a um processo de contrarreforma, que se manifesta nos discursos e ações políticas, ocasionando um verdadeiro desmonte de direitos sociais, iniciado no governo Collor de Mello e que se aprofunda. Mais recentemente os problemas gerados pelo subfinanciamento, pela falta de mão de obra capacitada, bem remunerada e com dedicação exclusiva, que sucateiam os serviços públicos reduzindo sua qualidade, têm sido utilizados como justificativa para a implementação de “novos modelos de gestão”, que transferem ainda mais recursos públicos para a iniciativa privada.

A privatização do público mediante a “racionalização e modernização da gestão”, cuja proposta de mecanismo legal abrange não só a saúde, mas também a cultura, a assistência social, o lazer, entre outros serviços públicos, atinge duramente a concepção de direito social. Isso ocorre porque a tendência é de, além de excluírem esse tipo de gestão do controle democrático, reduzir a quantidade e a qualidade dos serviços e concentrar a oferta dos serviços de saúde nas regiões ricas do país com o objetivo de maximizar as taxas lucrativas. Recentemente aprovada nos estados do Rio de Janeiro e da Paraíba legislações que fomentam esses modelos de gestão na administração pública, a saúde nas capitais desses estados passará a ser gerida pela lógica do mercado, do lucro, e não mais do direito social.

A solução dos problemas da saúde pública no Brasil passa pela recomposição do seu orçamento e pela efetiva implementação do SUS público e universal e não por mais privatização e favorecimento do capital em detrimento das necessidades sociais da população trabalhadora.

Por fim, a regulamentação da Emenda Constitucional 29, apesar de necessária não resolve a situação da insuficiência de recursos, já que o texto atual aprovado pelo Senado e enviado à Câmara retira recursos do FUNDEB da base de cálculo do percentual a ser aplicado na saúde pelos estados. As discussões com relação às fontes de financiamento também têm gerado polemias em torno da criação da CSS, que ao que tudo indica já foi retirada da pauta do governo diante da conjuntura não favorável a criação de mais um imposto. O fato é que retornamos ao velho argumento da escassez para explicar as escolhas políticas e econômicas; escamoteando assim, a disputa cada vez mais acirrada pelo fundo público.

### **Referências bibliográficas:**

AMAZONAS (AM). Tribunal de Contas do Estado. *Relatório e Parecer Prévio sobre a Prestação de Contas do Governo do Estado do Amazonas*. Manaus, 2006.

- BANCO MUNDIAL. Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos. Brasília: Banco Mundial, 2007. Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1185895645304/4044168-1186326902607/19GovernancaSUSport.pdf>> Acesso em 01 de fevereiro de 2011.
- BATISTA JR., Francisco. Gestão do SUS: o que fazer? Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2010. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/webfdp/gestaonosus.pdf>> Acesso em 01 de fevereiro de 2011.
- BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.
- \_\_\_\_\_. *A lógica do financiamento da Seguridade Social entre 1997 e 2007*. Anais do Congresso Mundial de Serviço Social, 2008.
- BEHRING, Elaine & BOSCHETTI, Ivanete. Política Social: fundamentos e história. SP. Cortez, 2006.
- DAIN, Sulamis. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência & saúde coletiva*, 2007, v. 12, p. 1851-1864. Disponível: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/include/mostrarpdf.cfm?Num=229>. Acesso em: 10 de dez. 2007.
- GENTIL, Denise Lobato. A política fiscal e a falsa crise do sistema de seguridade social no Brasil: análise financeira do período recente. In: SÍCSU, João. (org.) Arrecadação de onde vem? E gastos públicos para onde vão? São Paulo: Boitempo, 2007.
- MACHADO, Cristiani. *Novos modelos de gestão hospitalar*. 2002. (Desenvolvimento de material didático ou instrucional - Capítulo de Livro). [S.l. :s.n].
- MARQUES, Rosa Maria e MENDES, Áquila. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. *Economia e Sociedade*. Campinas, v.14, n.1., p 159-175, jan/ jun.2005. Disponível em: <<http://www.eco.unicamp.br/docdownload/publicacoes/instituto/revistas/economia-e-sociedade/V14-F1-S24/07-RosaAquilasMendes.pdf> > Acesso em 01 de fevereiro de 2011
- OLIVEIRA, Francisco de. Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita. Petrópolis, RJ, Vozes, 1998.
- PIOLA, Sérgio Francisco. Entrevista para o Valor Econômico. s/d. Disponível em [http://www.valor.com.br/sites/default/files/valor\\_-\\_entrevista\\_piola.pdf](http://www.valor.com.br/sites/default/files/valor_-_entrevista_piola.pdf) . Acesso em 16 de setembro de 2011.
- SALVADOR, Evilasio. A distribuição da carga tributária: quem paga a conta? In: SÍCSU, João. (org.) Arrecadação de onde vem? E gastos públicos para onde vão? São Paulo: Boitempo,



2007. Disponível em  
<[http://www.direitosociais.org.br/arquivos/2009/223\\_distribuicao\\_da\\_carga\\_tributaria.pdf](http://www.direitosociais.org.br/arquivos/2009/223_distribuicao_da_carga_tributaria.pdf)>  
Acesso em 01 de fevereiro de 2011.

\_\_\_\_\_. Fundo público e seguridade social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. Reforma tributária desmonta o financiamento das políticas sociais (nota técnica). Brasília: INESC, 2008. Disponível em : <<http://www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/artigos/brasil-reforma-tributaria-desmonta-o-financiamento-das-politicas-sociais>> Acesso em 01 de fevereiro de 2011.