

Fábio de Barros Correia Gomes

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

Dinâmica da política de saúde na Nova República

Resumo

Esse artigo reflete sobre a dinâmica política entre atores do Legislativo e do Executivo federal na Nova República, a partir de dispositivos sobre políticas de saúde inseridos na Constituição de 1988, os quais tentaram estabelecer uma conexão normativa com a legislação que seria necessária à implantação do sistema de saúde. A apreciação da dinâmica utiliza-se de dados da literatura e da análise de caso sobre as proposições legislativas que definiram o financiamento da saúde. Foi observado que prevaleceu o poderio das coalizões de governo nas superações do conflito distributivo, as quais não têm privilegiado o alcance de níveis de financiamento adequados às demandas do sistema de saúde. O Legislativo buscou a superação dessa situação, contudo, ainda sem a autonomia necessária para alcançar resultados suficientes.

Palavras-chave

Poder Executivo; Poder Legislativo, política pública, saúde.

Abstract

Dynamics of Health Policy in the New Republic. This article considers the political dynamics between actors of the Legislative and the Executive Branch in the New Republic, from directions on health policies embedded in the 1988 Constitution, which tried to establish a normative connection with legislation that would be required for the health system implementation. The appreciation of the dynamics used data from the literature and case analysis on legislative proposals that defined health financing. It was observed the prevailing power of coalition governments to overcome the distributive conflict, which has not favored adequate fund levels, according to the demands of the health system. The Legislative sought to overcome this situation, however, without the necessary autonomy to achieve sufficient results.

Keywords

Executive Power; Legislative Power, public policy, health.

1- Introdução

O contexto democrático da Nova República propiciou profundas alterações nas “regras do jogo” para elaboração das mais variadas políticas públicas no Brasil, bem como no conteúdo das mesmas, atendendo aos anseios de setores organizados da sociedade. A Constituição de 1988 não apenas estabeleceu os limites e potencialidades dos atores políticos, como também o “caminho” a ser seguido por estes na implantação de políticas específicas, como as saúde.

Nesse artigo, são expostos argumentos sobre a relevância da Constituição de 1988 na definição dos marcos das políticas de saúde, bem como sobre a dinâmica entre os atores políticos (com ênfase no nível federal), visando à concretização das mesmas. Para tanto, inicia-se com a identificação da abordagem da saúde nas Constituição brasileira; seguindo-se uma apreciação da relação entre atores do Executivo e Legislativo federal na definição de políticas de saúde, considerando dados da literatura e de análise de proposições legislativas que definiram o financiamento do SUS; finalizando com considerações sobre a dinâmica política relacionada.

2- Abordagem da saúde na Constituição do Brasil

Em análise prévia sobre a abordagem da saúde nas constituições brasileiras, observou-se que a mesma “evoluiu progressivamente, acompanhando o processo histórico de ampliação dos direitos do cidadão” (GOMES, 2008). Em quase 200 anos, “a sociedade brasileira partiu de uma visão política mais liberal do Estado - garantidor das liberdades individuais e da segurança coletiva -, passando pelo Estado promotor do desenvolvimento e garantidor de direitos trabalhistas e da reprodução da força de trabalho, até chegar ao Estado provedor, bem-feitor e garantidor de direitos sociais, não apenas vinculados à condição de trabalhador, mas à condição de cidadão”. Conquistas sociais (e até expressões) de constituições anteriores foram mantidas e progressivamente ampliadas; com progressiva menção de deveres das entidades federadas, iniciando pela União, até alcançar os Municípios (GOMES, 2008).

A Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) explicitou a saúde como um dos direitos sociais (art. 6º). Ao dispor sobre o salário mínimo (art. 7º, IV), indicou que este deveria ser capaz de atender as necessidades vitais básicas do trabalhador e sua família, incluindo a saúde. O art. 23, inciso II, reconheceu a competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência” e o art 24, a competência

concorrente da União, Estados e Distrito Federal para legislar sobre “previdência social, proteção e defesa da saúde” (inciso XII). O mesmo artigo limitou a competência da União ao estabelecimento de normas gerais, sem excluir a competência suplementar dos Estados. Os Municípios receberam competência para “legislar sobre assuntos de interesse local” (art. 30, I); para “suplementar a legislação federal e a estadual no que couber” (art. 30, II); e para “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população (art. 30, VII).

A Constituição de 1988 inseriu a saúde no contexto da seguridade social, que “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (art. 194). Foi estabelecido que o financiamento da seguridade social seria realizado mediante recursos dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e de contribuições sociais (art 195).

Admitiu-se que a “lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido o disposto no art. 154, I (art 195, § 4º). Foi mantida previsão da constituição anterior, segundo a qual “nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total” (art 195, § 5º).

Os artigos 196 a 200 tratam especificamente da saúde. Destacando-se seu reconhecimento como “direito de todos e dever do Estado” (art. 196) e a relevância pública das ações e serviços de saúde, que podem ser executadas diretamente ou através de terceiros, inclusive da iniciativa privada (art. 197). O art. 198 explicitou uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de saúde, sob as diretrizes da descentralização, integralidade da atenção e da participação da comunidade; a ser financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. A Emenda Constitucional nº 29, de 2000, modificou esse artigo, tornando mais específicas as obrigações relacionadas ao financiamento da saúde para os entes federados.¹

Foi determinado que a assistência à saúde “é livre à iniciativa privada”, admitindo sua participação de forma complementar, com preferência para as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (art. 199). Foi vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições com fins lucrativos e a participação direta ou indireta de

1 O ato das disposições constitucionais transitórias também apresentou relevantes determinações para o financiamento da saúde. O art. 55, indicou que, até que fosse “aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego”, seriam destinados ao setor de saúde.

empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo nos casos previstos em lei. O art. 199 também tratou de políticas específicas, como o transplante de órgãos e a transfusão sanguínea.

O art. 200 especificou algumas das competências do Sistema Único de Saúde (SUS) e indicou que outras podem ser estabelecidas em lei. Em outros capítulos da Constituição de 1988 há interfaces explícitas entre a saúde e outras políticas públicas, como: a educação (artigos 208 e 212), comunicação social (art. 220), proteção à criança e ao adolescente (art. 227) e controle do abuso de drogas (art. 243).

Enfim, a Constituição de 1988 estabeleceu os pilares da política de saúde pública, alterando radicalmente sua estrutura. Fleury (2009) destacou que a Constituição “representou uma ruptura com o modelo tanto de Estado quanto de cidadania anteriores, em resposta à mobilização social que a antecedeu”.

É comum a percepção de que os constituintes não previram as fontes dos recursos para implantar as políticas sociais, mas no caso da saúde, ainda que não tenha sido possível solução duradoura, o art. 55 do Ato das Disposições Transitórias estabeleceu que um mínimo de 30% do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, seriam destinados ao setor de saúde até a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

Apesar de “constitucionalização” da saúde, graças às demandas da sociedade civil e do “movimento sanitário”, para ser implantado, o SUS passou a depender da regulamentação legal de temas que viriam a se constituir nos seus grandes gargalos: o financiamento, os recursos humanos, as atribuições de gestão das unidades federadas e o efetivo controle social.

Tais temas de conflito representam oportunidades de observação da dinâmica de definição de políticas de saúde entre atores políticos no contexto da Nova República. Tal dinâmica será abordada na seção seguinte e, em razão da limitação de espaço de um artigo, será priorizado um tema que tem gerado vários impasses: o financiamento do SUS.

3- Relação entre o Executivo e o Legislativo federal na definição de políticas de saúde

Em análise sobre a relação entre o Legislativo e o Executivo federal na produção de políticas de saúde, Nitão (1997) concluiu que, entre 1947 e 1964, as diversas políticas de saúde implantadas no Brasil decorreram de propostas elaboradas por iniciativa do Executivo e que o Legislativo foi incapaz de formular propostas que viabilizassem a construção de um arcabouço jurídico-legal universal, limitando-se a realizar ajustes nas propostas do Executivo.

Rodrigues e Zauli (2002) avaliaram o período entre 1985 e 1998 e observaram que os presidentes legislaram na área da saúde “praticamente à margem do Congresso,” por meio da edição de medidas provisórias, que foram pouco modificadas em seu conteúdo. Entretanto, sugeriram uma recuperação da capacidade “legiferante” do Congresso, pois muitas das medidas provisórias foram reeditadas por algum tempo, mas ao final não foram convertidas em lei. Além disso, o Legislativo destacou-se como autor de legislação relevante para o setor da saúde, particularmente no nível de emendas constitucionais.

Baptista (2003, 2010) avaliou o período pós-Constituição de 1988 e identificou três períodos de elaboração de leis na saúde: o primeiro, relacionado à definição da base institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) (1990-1994); o segundo, de expansão de políticas técnicas e específicas de saúde, seguidas de uma política de regulação do mercado em saúde (1995-2002); o terceiro, de retorno das políticas específicas diretamente atreladas a um projeto do Governo Federal (2003-2006).”

Segundo Baptista (2010), no primeiro período, a autoria do Executivo e os interesses macro-econômicos foram predominantes, mas o Legislativo atuou na negociação de relevantes leis para o SUS e destacou-se em reformas constitucionais. No segundo período, destacam-se temas que reafirmam o direito à saúde e o Legislativo atuou para atender interesses de corporações e de movimentos sociais. Também destacam-se as leis sobre dias comemorativos. No terceiro período, também voltado a demandas específicas, a autora destacou a produção de leis sobre políticas de interesse do Executivo (não exclusivas da área da saúde), visando a redução da desigualdade. Seus dados indicaram preponderância do Executivo na aprovação de leis, “persistindo o caráter indutor e concentrador desse poder na forma de relação estabelecida com o Congresso Nacional” (BAPTISTA, 2003).

Godoi (2008) analisou a legislação da saúde produzida entre 1988 e 2008 e rejeitou “as teses de que os parlamentares tendem a produzir leis que distribuem benefícios concentrados e da primazia do Poder Executivo na produção de leis.” Encontrou predomínio do Legislativo na aprovação de leis ordinárias e também de emendas constitucionais. O Executivo predominou na autoria de leis estruturantes do SUS e o Legislativo, na de políticas de saúde específicas ou de cunho simbólico.

Em análise da tramitação de mais de 20 mil proposições apresentadas entre 1999 e 2006 e um subconjunto de projetos relacionados à saúde, por meio de abordagem sistêmica e estratégica, foram questionadas as

teses da demarcação da agenda entre os Poderes e da predominância do Executivo na produção legislativa (GOMES, 2011).

No conjunto total de temas, o êxito legislativo do Executivo variou inversamente com a hierarquia da via (se ordinária, complementar ou constitucional). O desempenho do Legislativo chegou a superar o do Executivo na via constitucional, com destaque para a atividade do Senado, e na via ordinária (apenas no caso dos projetos de lei ordinária, pois os privilégios de iniciativa exclusiva do Executivo para leis orçamentárias e de edição de medidas provisórias garantiram maior desempenho quantitativo a esse Poder nessa via). Os dados quantitativos e qualitativos sugeriram a existência de mais de um tipo de relação entre o Executivo e o Legislativo na produção legislativa (a depender do conteúdo da proposição), incluindo a cooperação, a liderança da coalizão, a liderança do Legislativo, e o impasse. Contudo, a força da coalizão foi expressiva em todas as vias legislativas (GOMES, 2011, 2012).

No caso da saúde, a produção na via constitucional foi mais expressiva que na complementar, quebrando o padrão geral, refletindo a “constitucionalização” presente nessa área. Uma análise dos conteúdos das proposições de saúde sugeriu que o nível de conflito distributivo gerado pela proposição é importante para motivar um maior envolvimento do Executivo na tramitação.² Contudo, conteúdos não-orçamentários que afetem a “accountability”, a governabilidade, ou, mais amplamente, a sua “capacidade governativa” - na expressão de Santos (1997) – também podem originar interações conflituosas (GOMES, 2011). Um tema que resultou em várias situações de impasse (e também de superação das mesmas) é considerado a seguir.

3.1 Interações entre o Legislativo e o Executivo na definição do financiamento da saúde pública³

Esta seção considera a tramitação de proposições que resultaram nos marcos legais do financiamento do SUS, cujas tramitações são ilustradas nas figuras 1 (destacando as proposições) e 2 (destacando as situações de resistência à ampliação do financiamento).

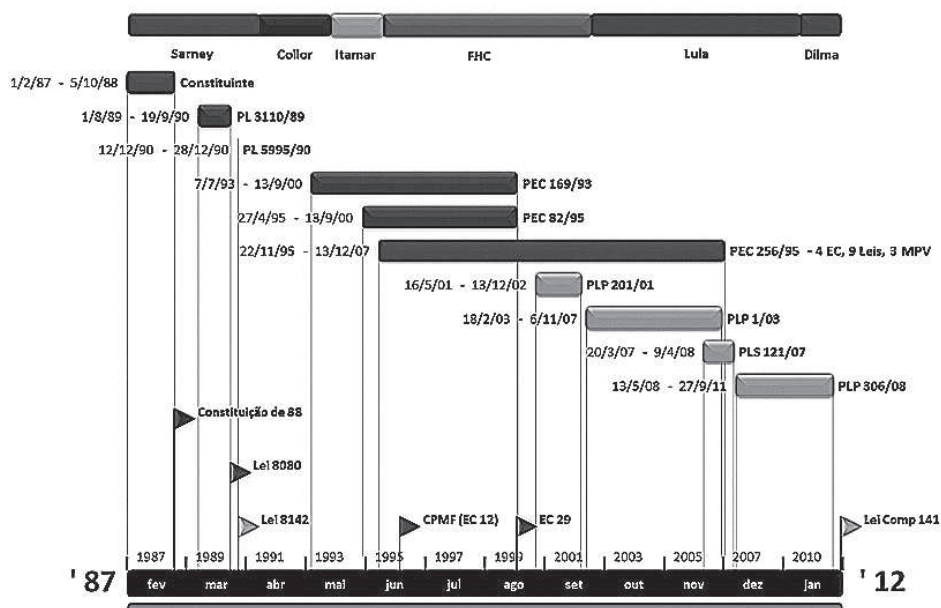
2 Por exemplo, o comprometimento do orçamento federal, esteve presente em 10 das emendas constitucionais aprovadas e todas foram de autoria da coalizão de governo, sendo 6 do Executivo e as demais, de parlamentares da coalizão (GOMES, 2011).

3 O caso do financiamento da saúde também foi abordado em publicação com foco direcionado à política de saúde (GOMES, 2014), enquanto que o presente artigo prioriza a dinâmica política e representa aperfeiçoamento de trabalho apresentado em sessão oral do Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política de 2012 (área temática 05 – Estado e Políticas Públicas - Financiamento das políticas).

O financiamento da saúde pública tem produzido conflito desde a Constituinte que resultou na Constituição de 1988. Rodriguez Neto (2003) observou que “o aspecto mais polêmico, além do referente ao detalhamento e à participação do setor privado, foi o relativo ao financiamento, evidenciando seu insuficiente tratamento técnico anterior” (nas comissões da Constituinte).

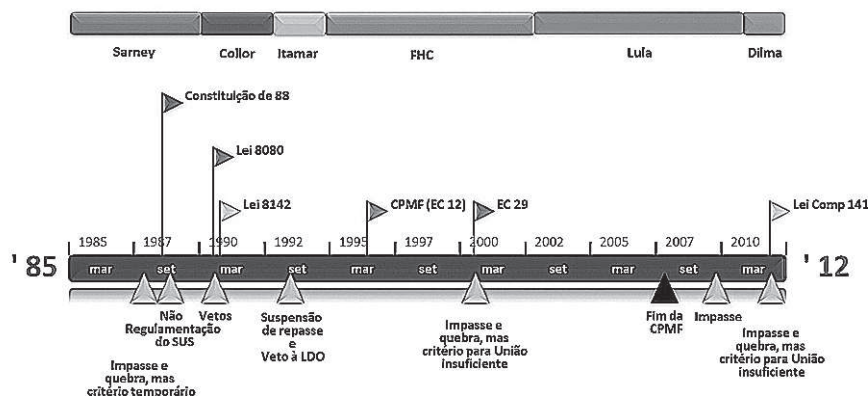
Após a criação do SUS, segundo Carvalho (2008), desde 1989, as leis orçamentárias mantiveram a definição dos 30% dos recursos da seguridade para o financiamento da saúde, mas em 1994 o presidente Itamar Franco vetou este dispositivo. Caso tivesse sido adotado como solução permanente, o nível federal disporia hoje de pouco mais que o dobro do orçamento para a saúde (CARVALHO, 2008; JORGE, 2010). Apesar da constitucionalização da saúde, persistiu a “necessidade de mecanismos legais que assegurem pisos de gastos necessários à saúde, seja por via de percentuais mínimos, seja pela vinculação interna de elementos da receita da seguridade social à saúde” (...) “tudo” teria “que ser conquistado através da legislação complementar” (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Figura 1. Linha do tempo de proposições que resultaram nos marcos legais do financiamento do SUS, segundo períodos de governo.



Legendas: A barra horizontal superior representa os períodos de governo dos presidentes da República, a inferior, o tempo e as intermediárias, as proposições legislativas. As bandeiras representam os marcos legais.

Figura 2. Linha do tempo dos marcos legais do financiamento do SUS e das situações de resistência à ampliação deste, segundo períodos de governo.



Legendas: A barra horizontal superior representa os períodos de governo dos presidentes da República e a inferior, o tempo. As bandeiras representam os marcos legais e os triângulos, as situações de resistência à ampliação de recursos.

A implantação do SUS requeria, assim, a produção de legislação regulamentadora, o que se efetivou por meio das Leis no 8.080 e no 8.142, ambas de 1990, e que compõem a denominada “Lei Orgânica da Saúde”. Ambas foram iniciadas pelo Executivo, e não poderia ser diferente, pois apenas este Poder tem a competência para iniciar proposições que abordem a estruturação das atividades sob sua responsabilidade. Assumir uma liderança do Executivo apenas em função da autoria não seria adequado, pois segundo o art. 59 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, o Executivo deveria encaminhar os projetos de lei relativos à organização da seguridade social no prazo máximo de seis meses, mas o Presidente José Sarney enviou o da saúde após quase 10 meses. Foi necessária a realização de Simpósio Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados em 1989, por demanda do movimento sanitário, a fim de pressionar o Executivo a elaborar o projeto da Lei Orgânica da Saúde (RODRIGUEZ NETO, 2003).

O projeto de lei ordinária (PL) no 3.110 foi apresentado na Câmara dos Deputados em 1o de agosto de 1989 e tramitou no Congresso por pouco mais de um ano, sem regime de urgência. A Lei no 8.080 foi sancionada em 19 de setembro de 1990 pelo presidente Collor de Mello, com 26 vetos parciais (mensagem 680/90), os quais foram mantidos em abril de 1991. Um dos vetos incidiu sobre artigo abordando o financiamento da saúde. Nova mobilização junto ao Executivo fez com que este apresentasse novo projeto (PL 5.995) em 12 de dezembro de 1990, abor-

dando apenas a questão da participação social e a transferência de recursos no SUS, resultando na Lei no 8.142, sancionada em 28 de dezembro de 1990, em apenas 16 dias (seis deles correspondendo à tramitação nas duas Casas). As resistências para a aprovação dessas leis e os vetos presidenciais são indicativos das tensões que persistiram após a Constituinte.

Após a produção da Lei Orgânica, prevaleceu a via infra legal, na normatização da estruturação do SUS, por meio de numerosas portarias ministeriais (para onde se deslocou também o foco da sociedade organizada), por exemplo, que introduziram as Normas Operacionais Básicas (NOBs), as quais estabeleceram “obrigações” aos entes federados para o recebimento de recursos; que até poderiam ser questionáveis em relação ao que foi delegado em lei, mas que persistiram sem a devida fiscalização da parte do Legislativo. Por exemplo, planos e relatórios de gestão, que deveriam ser exigidos de todos os gestores do SUS, segundo a Lei no 8.142, de 1990, em geral tem recebido tratamento burocrático, deixando de contribuir para o planejamento coerente das atividades do sistema.

Segundo Rodriguez Neto (2003), a implantação do SUS foi realizada de modo a prejudicar “o planejamento ascendente, os planos de saúde e a descentralização com direção única em cada esfera de governo”, provocando o afastamento do SUS do princípio da integralidade da atenção à saúde. Em 2002, o Ministério da Saúde possuía mais de 60 maneiras de repassar recursos. Os recursos tornaram-se “carimbados” pelo nível central, prejudicando o planejamento e a ação dos conselhos de saúde.

A indefinição sobre um montante estável para o financiamento do setor saúde resultou em crise a partir da década de 1990. Então, a CPMF foi criada após demandas do ministro Adib Jatene por mais recursos para a saúde. Foi inspirada no Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF), instituído pela Lei Complementar N° 77, de 13 de julho de 1993, com alíquota de 0,25% sobre as movimentações financeiras e incidência até dezembro de 1994; a qual permitiu alocação de recursos em programas de educação e habitação popular, mas não de saúde.

A CPMF foi criada pela Emenda Constitucional n° 12, de 15 de agosto de 1996, que incluiu o art. 74 nas disposições transitórias, permitindo à União “instituir contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira.” A alíquota de contribuição não poderia exceder a 0,25%; com o produto da arrecadação a ser “destinado integralmente ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento das ações e serviços de saúde”. Também havia previsão de que não poderia ser cobrada por prazo superior a dois anos. A regulamentação ocorreu por meio da Lei ordinária no 9311, de

24 de outubro de 1996. Essa matéria foi alterada por mais oito leis e três medidas provisórias (até 2007) e, principalmente, por mais três Emendas Constitucionais (a 21/1999, a 37/2002, e a 42/2003), que prorrogaram sua duração ou modificaram sua alíquota.

Essas alterações constitucionais no Ato das Disposições Transitórias, bem demonstram o caráter temporário das soluções. Tal transitoriedade teria continuado caso a oposição, com apoio de parte da base governista do Senado Federal não tivesse derrubado a CPMF em 2007. A votação por artigos da proposta de emenda à Constituição (PEC), que tentava nova prorrogação da CPMF, provavelmente permitiu “salvar” o conteúdo restante, que tratava nada menos que da desvinculação das receitas da União (DRU), outro dispositivo de grande interesse orçamentário do Executivo.

As normas relacionadas à CPMF terminaram por promover a elevação dos recursos disponíveis ao Executivo, sem uma preocupação efetiva em ampliar o financiamento da saúde. Na prática, apesar de a saúde ter sido utilizada como justificativa para a criação e manutenção dessa contribuição, a situação de insuficiência permaneceu inalterada. Segundo Carvalho (2008), a CPMF “já chegava à saúde mordida em 20%” pela DRU, o que foi complementado pelo decréscimo de outras fontes (principalmente a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social – COFINS – e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido – CSSL). Persistia, assim, o subfinanciamento da saúde.

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

Outra PEC que tramitava em paralelo, a PEC 82, apresentada em 27 de abril de 1995, pelo deputado Carlos Mosconi (PSDB/MG), destinava à saúde todos os recursos das contribuições dos empregadores sobre o faturamento e o lucro. Em 31 de agosto de 1999, já numa nova legislatura, a presidência da Câmara determinou a apensação da PEC 82/1995, à PEC 169/1993. O deputado Ursicino Queiroz (PFL/BA) foi nomeado relator, agrupando as propostas na PEC 82-A. Em 10 de novembro, a proposta foi aprovada e

encaminhada ao Senado. Naquela Casa, a proposição (denominada de PEC 86/1999) foi relatada pelo Senador Antônio Carlos Valadares (PSB/SE), com o voto pela aprovação da matéria. Nessa fase final, a tramitação foi consensual e a Emenda Constitucional nº 29 foi promulgada em 13 de setembro de 2000. Ressalte-se que a aceleração da fase final da tramitação contou com o apoio do então ministro da saúde, José Serra (PSDB/SP).

Finalmente, foram estabelecidas previsões mais estáveis para o financiamento da saúde, tornando mais específicas as obrigações relacionadas ao financiamento da saúde. Os Estados deveriam aplicar um mínimo de 12% de suas receitas em ações e serviços de saúde, e os municípios, 15%. A União não foi contemplada com percentual de vinculação de receita, mas em 2000, deveria aplicar o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, cinco por cento. Entre 2001 e 2004, a União deveria aplicar o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Esses critérios deveriam ser revistos em cinco anos, mas foi indicado que na ausência de lei complementar, a partir do exercício financeiro de 2005, seriam mantidos.

Entre os avanços da Emenda 29, Carvalho (2008) destacou: a possibilidade de fixar recursos constitucionalmente para a saúde, a definição de critérios para tanto; a constitucionalização do fundo de saúde em cada esfera de governo e das atribuições do conselho de saúde para acompanhar e fiscalizar o fundo de saúde; a definição de sanções para o descumprimento da Emenda e auto-aplicabilidade da norma. Como derrotas contabilizou: os quantitativos definidos (melhores, mas ainda insuficientes) e a redução da participação dos recursos da União, com elevação para Municípios e Estados. Segundo esse autor, “a grande jogada” do governo foi pressionar o Congresso para aprovar sua proposta. Simulações sobre a evolução do financiamento indicaram que a proposta do governo teria reduzido em mais de 50%, os valores a serem aplicados em saúde pela União, em comparação ao pretendido pela PEC 169/1993 (CARVALHO, 2008). Após a Emenda 29, observou-se aumento da participação no financiamento por parte dos municípios e dos estados e retração relativa da União (FRENTE PARLAMENTAR DA SAÚDE, 2005, 2007; MENDES e MARQUES, 2009).

Embora a regulamentação da Emenda 29 por meio de lei complementar só tenha sido aprovada pelo Congresso no final de 2011, propostas foram apresentadas desde 2001, contudo, mais evidências se acumularam indicando resistências do Executivo em promover um aumento de sua participação no financiamento da saúde.

O PLP 201/2001, de autoria do deputado Ursicino Queiroz, que relatou a Emenda 29 na Câmara, previa como critério para a União a partir de 2005, o percentual de 11,5%, calculados sobre o total de receitas de impostos e contribuições da União, descontadas as transferências constitucionais. Os critérios para estados e municípios seriam mantidos. O parlamentar mencionou a necessidade de regulamentação da Emenda 29, para que também ficassem claros os gastos admissíveis como da saúde. Essa proposição foi completamente ignorada e arquivada ao final da legislatura sem ter recebido um único parecer de comissão. O relator designado na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), em junho de 2001, devolveu a proposição sem manifestação em 13 de dezembro de 2002.

Com a nova legislatura e alternância de poder no Executivo, em 18 de fevereiro de 2003, o deputado Roberto Gouveia (PT/SP) apresentou o PLP 01/2003, com absolutamente o mesmo teor e critérios do PLP 201/2001. Na CSSF, o deputado Guilherme Menezes (PT/BA) foi nomeado relator e após amplas consultas apresentou seu relatório. No que concerne a União, a proposta foi de destinar para ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 10% de suas receitas correntes, tomadas como base de cálculo. Comparando com a proposta original, considerou que a mesma resultaria num orçamento de 28 bilhões de Reais em 2002, enquanto que a nova proposta resultaria em 34 bilhões de Reais. Segundo o relator, o substitutivo apresentado na CSSF avançou na delimitação do campo a que correspondem as ações e serviços públicos de saúde, “para por fim às controvérsias que a ausência de tal definição tem gerado e que causam problemas para os gestores quando da aplicação dos recursos.” Segundo Carvalho (2008), o PLP 01/2003 passou a ser a nova bandeira da Reforma Sanitária.

Na CSSF, comissão permanente que tem competência regimental para debater a política de saúde e composta por muitos profissionais da saúde e sanitaristas históricos, a proposição não tramitou com facilidade, mesmo considerando que a autoria, a relatoria e a presidência da comissão (no ano da apresentação) pertenciam a membros do mesmo partido que o do chefe do Executivo. Segundo Carvalho (2008), o relatório foi aprovado “a duras penas”, pois o governo de Lula da Silva “fez de tudo” para que o projeto não fosse aprovado na CSSF.

Episódios que precederam a votação na CSSF não deixam dúvida de que o Executivo não desejava a progressão da matéria naquele momento. Em reunião do Conselho Nacional de Saúde em 4 de agosto de 2004 o ministro da saúde Humberto Costa informou que a Emenda deveria permanecer como estava, para discussão posterior (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004). Nessa reunião foram aprovadas sugestões para mobilização dos con-

selheiros a fim de participarem das sessões da CSSF, além de cobrarem “mais empenho do ministro da saúde” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004). No dia da votação na CSSF, 11 de agosto de 2004, o presidente da Comissão, deputado Eduardo Paes (PSDB/RJ) abriu a sessão assim que o quórum foi alcançado, colocou a matéria em votação e solicitou que os contrários se manifestassem. Como não houve objeção, pois muitos parlamentares da coalizão haviam se ausentado do recinto, a matéria foi aprovada (em menos de dois minutos). Quando retornaram, protestaram com veemência, mas o fato já estava consumado (BRASIL, 2004).

Em 10 de novembro de 2004 a Comissão de Finanças e Tributação (CFT) aprovou o Substitutivo da CSSF, com emendas, e na Comissão de Constituição e Justiça e Cidadania (CCJC) aprovou a matéria em setembro de 2005. A discussão no plenário da Câmara foi iniciada apenas em 10 de abril de 2006, mas não progrediu. A legislatura findou e durante 2007 foram apresentados 8 requerimentos solicitando inclusão na pauta do plenário. O deputado Acélio Casagrande (PMDB/SC) requereu urgência em 9 de maio, o que só foi aprovado em 16 de outubro de 2007. A partir daí, foi retomada a discussão no plenário. Sucederam-se requerimentos solicitando a apreciação da matéria.

Em 31 de outubro, foram lidos os pareceres sobre as emendas de plenário. Coube novamente ao deputado Guilherme Menezes relatar a matéria. Rejeitou cinco de 14 emendas e apresentou um substitutivo de plenário, que modificou seu próprio relatório, anteriormente aprovado na CSSF, o qual previa critério de aplicação pela União de 10% da receita corrente bruta (RCB). Mas o substitutivo de plenário alterou esse critério para o montante correspondente ao empenhado no ano anterior acrescido da variação do PIB ocorrida entre os dois exercícios financeiros imediatamente anteriores. Até aqui, semelhante ao que já previa a Emenda 29. Como adicional, foi previsto que nos exercícios de 2008, 2009, 2010 e 2011, seriam destinadas proporções não incorporáveis referentes à receita da CPMF.

Enfim, foi aprovado o substitutivo do plenário, com as modificações desejadas pela coalizão de governo (291 votos a favor – 56,7% do total de deputados, superando a maioria absoluta de 257 votos requeridos -, 111 contrários, uma abstenção, num total de 403) nessa mesma data. A votação desse projeto na Câmara expôs os membros da Frente Parlamentar da Saúde a escolher entre apoiar a proposta defendida pelas entidades organizadas da saúde e a proposta mais restritiva do governo. Ocorreu uma fragmentação, segundo a dimensão oposição / governo. Fonseca (2008) analisou as votações em plenário dos membros dessa frente nesta matéria em particular, e concluiu que os mesmos não se comportaram como

membros de um “partido da saúde”, uma vez que a coesão e a disciplina foram baixas (ambas em torno de 30%).

Observe-se que foi aprovado pela Câmara um projeto que previa recursos da CPMF, que estava para ser extinta em dois meses e cuja proposta de prorrogação ainda tramitava na via constitucional. Esta foi efetivamente derrubada no Senado ainda no mês de novembro de 2007. Assim, a tramitação do PLP 1/2003 no Senado (onde recebeu a denominação de PLC 89/2007) quase que perdeu o sentido.⁴

Contudo, o foco desviou para outra proposição do Senado, o PLS 121 apresentado em 20 de março de 2007 (início da legislatura, coincidindo com o período em que a discussão do PLP 1/2003 não progredia no plenário da Câmara), de autoria do Senador Tião Viana (PT/AC). Esse projeto previa o critério de 10% da RCB da União, como no substitutivo original da CSSF e conseguiu aprovação relativamente rápida.⁵

A matéria seguiu para a Câmara (sob a denominação de PLP 306/2008 – o pivô do impasse que foi quebrado apenas em 2011) onde a coalizão reconsiderou as estratégias para reverter a situação, num ambiente em que já demonstrara possuir uma base mais coesa. Em 13 de maio de 2008 o projeto foi despachado para apreciação do mérito pelas comissões. No dia seguinte, os líderes partidários conseguiram aprovar requerimento de urgência, de modo que a matéria permaneceu no plenário. Em 21 de maio

4 No Senado, em 17 de setembro de 2008, foi aprovado requerimento para que esse projeto e o Projeto de Lei do Senado nº 156, de 2007, tramitassem conjuntamente. Este, de autoria do Senador Marconi Perillo (PSDB/GO), preservava o teor do PLP 1/2003 e previa aplicação em saúde pela União de 18% de sua receita corrente líquida (o que segundo o autor corresponderia a 10% da RCB, mas que seria de mais clara aplicação). A matéria foi para a CCJ e em 31 de julho de 2009 e a Senadora Lúcia Vânia (PSDB/GO) apresentou parecer pela prejudicialidade dos dois projetos. Contudo, revisou o parecer em 25 de março de 2010, recomendando a rejeição do PLC 89/2007 e a aprovação do PLS 156/2007. Esse parecer foi aprovado em 7 de julho de 2010 pela CCJ. A matéria seguiu, então, para a Comissão de Assuntos Econômicos e lá permaneceu até 2011, sem que fosse designado um relator.

5 O PLS 121/2007 foi à CCJ e só em 22 de agosto de 2007 foi distribuído ao Senador Antonio Carlos Valadares (PSB/SE), que rapidamente (em 9 de setembro) apresentou relatório favorável, aprovado no mesmo dia. A matéria foi à Comissão de Assuntos Econômicos (CAE), recebeu quase 50 emendas e a relatora, Senadora Patrícia Saboya (PDT/CE), propôs a aprovação do projeto e de várias das emendas. A CAE aprovou o PLS em 2 de outubro de 2007 e a matéria seguiu para a Comissão de Assuntos Sociais (CAS). Esta aprovou a matéria com algumas emendas do relator, Senador Augusto Botelho (PT/RR), em 24 de outubro de 2007. O projeto foi ao plenário, recebeu 16 emendas e retornou às comissões para avaliação. Em 9 de abril de 2008 a CAS solicitou urgência, aprovada no mesmo dia. Os pareceres dos relatores em geral rejeitaram as emendas de plenário. Diante da derrota iminente em plenário da tentativa de modificar o critério de 10% da RCB, os líderes da coalizão liberaram o voto da base do governo e o projeto foi aprovado por unanimidade. Um dos senadores fez questão de anunciar que seu voto contrário (o único) foi devido a engano e solicitou retificação. Seguiram-se discursos emocionados dos senadores, indicando que sentiam-se orgulhosos em atuar na defesa da política de saúde, pois raramente tinham oportunidade de realizar atividade com tal relevância. Muitos consideraram aquele um dia histórico para o Senado. Carvalho (2008) descreve a percepção desses acontecimentos no Senado como “surpresa” e “alegria geral”.

a CSSF aprovou o relatório favorável do deputado Rafael Guerra (PSDB/MG), uma das lideranças da Frente Parlamentar da Saúde.

Em 4 de junho de 2008, o relator da CFT, deputado Pepe Vargas (PT/RS), apresentou parecer favorável na forma de um substitutivo que modificou os critérios de financiamento de responsabilidade da União. O critério de 10% da RCB foi novamente eliminado, retornando a uma solução semelhante ao que havia prevalecido no caso do PLP 1/2003, ou seja, o critério da variação do PIB e mais um adicional, só que, dessa vez, incorporável. Naquela ocasião, o adicional viria da CPMF, mas com sua extinção foi proposta a criação de uma Contribuição Social para a Saúde (CSS), com alíquota de 0,1% e de caráter permanente. O relator estimou que esses critérios elevariam a aplicação pela União em 11,8 bilhões em 2009.

Na mesma data, o relator da CCJC, deputado Eduardo Cunha (PMDB/RJ) foi favorável à proposição e ao substitutivo da CFT. A oposição apresentou vários requerimentos tentando adiar a discussão. O relator da CSSF conseguiu prazo para apreciação das emendas de plenário. A votação da matéria deveria ocorrer em 10 de junho, contudo os vários requerimentos, questões de ordem e verificações de votação foram adiando, para os dias, 11, 17, e 18 de junho. Nesta data, a primeira votação foi sobre os critérios da União (art. 5º do substitutivo da CFT, objeto do destaque para votação em separado da bancada do DEM) e o mesmo foi aprovado (incluindo a CSS), como desejado pela coalizão (291 votos favoráveis, 84 contrários, nenhuma abstenção, num total de 375).

Na votação do § 4º do art. 5º do substitutivo da CFT, objeto do destaque para votação em separado da bancada do PSDB (abordando a exclusão da CSS e do Fundo de Erradicação da Pobreza do cálculo da receita corrente) foi mantido o parágrafo, como desejado pela coalizão. (291 votos favoráveis; 44 contrários; uma abstenção, num total de 336). Na votação do art. 2º do PLP 306/08 em substituição ao art. 5º do substitutivo da CFT, objeto do destaque para votação em separado da bancada do PPS – nova tentativa de resgatar o critério de 10% da RCB - o destaque da oposição foi rejeitado por 262 parlamentares (muito próximo do mínimo exigido de 257 votos) e apoiado por 107, com duas abstenções. O último destaque a ser votado seria o do artigo 16 do substitutivo da CFT, objeto do destaque para votação em separado da bancada do DEM – com o objetivo de eliminar a base de cálculo para CSS, tornando a contribuição sem efeito. Ocorreu obstrução e a sessão foi adiada sucessivamente para 24 de junho, depois para 1, 2, 8, 9, 15, e 16 de julho, cessando, a partir daí, qualquer tramitação, observando-se apenas requerimentos de inclusão da matéria na pauta.

Ficou caracterizado o impasse. Além das discordâncias sobre o mérito da proposta adicionaram-se a crise econômica mundial e as eleições presidenciais como fatores que retardaram uma definição sobre o tema. Carvalho (2008) também destacou as ameaças de veto do presidente divulgadas pela mídia, caso o Congresso aprovasse projeto de aumento de recursos para a saúde, sem indicação de “nova fonte”. A matéria só voltou à deliberação pelo plenário em 2011, após forte demanda da sociedade, diante da crise na atenção a saúde por meio do SUS.

O Executivo (nos sucessivos governos) colocou-se sistematicamente contra aquelas que resultariam em maiores ganhos para o financiamento da saúde, como o art. 55 do Ato das Disposições Transitórias (de fato, os recursos decorrentes da Emenda no 29 representam cerca da metade do que seria disponível caso estivesse sendo utilizado o critério inicial previsto pela Constituição – 30% do orçamento da seguridade social), a PEC 169/1993 e, mais recentemente, as propostas que defendiam 10% da RCB.

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

Apesar da regulamentação da Emenda 29, por meio da Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, o debate sobre o financiamento da saúde prossegue, visto que o critério para a União não atingiu patamares considerados necessários para um adequado desenvolvimento do SUS. Destacam-se novas proposições que buscam instituir o critério de aplicação mínima de 10% da RCB na saúde pela União (apresentadas por parlamentares e pela sociedade civil⁶), enquanto que o Executivo persiste em proposta que atenua a elevação nos gastos (o tema foi inserido pelo Executivo no debate atual do orçamento impositivo, que tramita na via constitucional).⁷ Assim, o financiamento do SUS persiste como demanda

6 As quase 2 milhões de assinaturas de projeto de iniciativa popular foram coletadas pelo Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, o Saúde Mais Dez, com apoio de mais de 100 entidades, entre elas, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) e a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). O projeto foi transformado num projeto de lei complementar (PLP) na Comissão de Legislação Participativa e, em seguida, apensado a projeto sobre o mesmo tema que já tramitava nesta Casa, o PLP no 123, de 2012 (que possui outras quatro proposições apensadas). A matéria foi aprovada na CSSF em 2013 e se encontra na CFT.

7 Tramitam em Comissão Especial da Câmara as Propostas de Emenda à Constituição (PEC) no 358 e 359, ambas de 2013, defendidas pela coalizão do governo, as quais geram consequências ao financiamento da saúde, em função de vinculações relacionadas às emendas parlamentares destinadas à saúde

não suficientemente atendida e fonte de conflitos entre os atores políticos. Além disso, a baixa qualidade em vários dos serviços oferecidos à população, em parte devido ao subfinanciamento do SUS, abala a credibilidade e suporte ao sistema.

4- Considerações

Os dados apresentados no caso sobre a tramitação de proposições sobre o financiamento da saúde exemplificam a ocorrência de variados padrões de relacionamento entre o Legislativo e o Executivo na produção de legislação relacionada à saúde. Foram observadas situações de liderança do Legislativo (na Constituinte, na produção da Lei Orgânica e nas iniciativas para aumentar os recursos para o SUS), impasse nos projetos com elevado conflito distributivo e impacto no orçamento da União e cooperação (na resolução dos impasses). Contudo, ficou clara a liderança da coalizão (não apenas do Executivo) na definição do destino das proposições.

Apesar de o Legislativo ter sido mais ativo em buscar um financiamento mais adequado para o SUS, igualmente contribuiu como participante das coalizões para que o resultado tenha permanecido aquém das necessidades por recursos, em geral, indicando reduzida prioridade de ambos os Poderes para a adoção de soluções mais duradouras e suficientes. A dependência de estímulos externos para avançar na agenda da política de saúde tem tornado a atuação do Legislativo fragmentada e inconsistente.

Os atores do Legislativo, responderam às demandas iniciadas externamente. No caso da Constituinte e da Lei Orgânica, foi destacado o papel do movimento sanitário; e nas definições mais recentes com impacto no financiamento, à indução do Executivo como líder da coalizão (foram significativas a influência da coalizão na substituição dos critérios de financiamento pela União tanto no substitutivo da CSSF ao PLP 1/2003, quanto no PLP 306/2008). Deputados e Senadores demonstraram participação similar nas decisões e foram mobilizados pela coalizão ou oposição, segundo o balanço de forças em cada Casa.

Os atores dos dois Poderes, entretanto, comportaram-se estrategicamente e de maneira similar durante a tramitação das proposições quando pertenciam à oposição ou ao governo. A alternância do poder no Executivo a partir de 2003 permitiu observar que os que eram contrários à criação da CPMF, a mantiveram posteriormente e os que a criaram e prorrogaram foram os que contribuíram decisivamente para sua extinção. Os partidos políticos não demonstraram orientação ideológica consis-

e da definição de critério gradativo de vinculação orçamentária para a União, contudo resultaria num patamar de recursos inferior ao proposto pelo Saúde Mais Dez.

te ao longo desse extenso debate, mas funcionaram como confiáveis mediadores da disputa entre as coalizões e as oposições de momento.

A análise sugere que a “conexão normativa” que os constituintes tentaram estabelecer para implantar o SUS tem sido capaz de pautar o debate na direção da ampliação do financiamento e de resistir à completa desestruturação da política. Mesmo diante do poderio das coalizões também na via constitucional e das resistências demonstradas pelo Executivo de vários governos em ampliar o financiamento do setor, as diretrizes básicas da política foram formalmente mantidas. Entretanto, a influência da Constituição não se dá a ponto de concretizar uma ampliação suficiente de recursos, de acordo com as suas diretrizes. Na realidade, os maiores avanços foram os indicados no texto original da Constituição. De certo, um pouco mais de estabilidade no financiamento veio com a Emenda Constitucional no 29, de 2000, o que não deixa de ser um avanço, contudo, foi insuficiente e de menor amplitude que o primeiro critério temporário previsto pelos constituintes.

A sucessiva falta de prioridade na implantação do SUS e a desarticulação em sua defesa foi de tal intensidade que marcos foram sendo perdidos e os patamares das demandas por financiamento foram se reduzindo. Por exemplo, apesar da retórica em defesa do SUS, vários recursos obstrutivos foram usados pela coalizão para postergar a aprovação do PLP 1/2003 na Câmara e depois para modificá-lo, a fim de excluir o critério de 10% da receita corrente bruta. O mesmo foi feito com o projeto que saiu do Senado para a Câmara e que previa o mesmo critério. Em todo o impasse o foco foi o quantitativo a ser alocado pela União, sem que prevalecesse o debate sobre a real necessidade de financiamento, sobre as atividades que seriam priorizadas por metas objetivas, segundo um modelo de gestão que considere a responsabilidade sanitária dos gestores, a disponibilidade de recursos humanos e de mecanismos de combate às fraudes, de modo que o SUS funcione como previsto na Constituição. Enfim, a discussão sobre o mérito da política ficou em segundo plano em relação às necessidades de limitação do impacto orçamentário. Finalmente, os usuários do sistema pouco tem sido envolvidos na discussão do mérito das propostas, prevalecendo uma abordagem extremamente técnica e complexa, inacessível a maior parte da população.

O impasse dependeu menos de deficiências institucionais no tratamento da questão que da falta de coesão em torno da proposta de ampliação do financiamento e, em última análise, do próprio SUS. Em outras palavras, as maiores dificuldades não se relacionam às regras de decisão, aos recursos e instâncias de decisão disponíveis, mas aos próprios atores.

As explicações oferecidas por Weyland (1996) para falhas em reformas em políticas públicas na década de 1990 no Brasil persistem válidas: a fragmentação na sociedade e no interior do Estado.

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

A pouca apropriação do SUS pela parcela da população que depende unicamente dele para a atenção à saúde tem dificultado seu fortalecimento. Isso demonstra mais um aspecto da fragmentação da sociedade brasileira salientado por Weyland: a dificuldade da parcela mais pobre da população em coordenar a vocalização de suas demandas. Mesmo na relevante experiência participativa do SUS, os representantes dos usuários têm sua atuação muitas vezes limitada pelo Executivo nos vários níveis da federação.

Quase diariamente há denúncias da população na mídia sobre os problemas de atenção à saúde no País, mas raramente as matérias associam os problemas à situação de subfinanciamento. Os usuários persistem fragmentados sem capacidade de vocalização de propostas políticas concretas. Representante da Contag em evento na Câmara dos Deputados (FRENTE PARLAMENTAR DA SAÚDE, 2007) bem expressou a sensação de que os usuários seriam mais objetos que sujeitos do SUS. Desse modo, o grande ausente no debate sobre o financiamento da saúde persiste sendo o cidadão-usuário totalmente dependente do SUS.

Os trabalhadores formais, os servidores públicos e a classe média em geral pouco se envolvem, pois muitos estão cobertos por planos privados de saúde, principalmente os coletivos, mas sem deixar de utilizar as “ilhas de excelência” do SUS (muitas vezes sem perceber), como nos procedimentos de custo catastrófico e nos que foram implementados segundo as diretrizes originais (vigilância epidemiológica e sanitária).

Também no interior do Estado persiste a fragmentação. Isso foi exemplificado no comportamento dos membros da Frente Parlamentar da Saúde quando foram confrontados na votação do PLP 1/2003 entre apoiar a proposta que mais beneficiaria o SUS ou aquela que produziria um financiamento mais limitado. O resultado foi a divisão dos membros da Frente, prevalecendo os interesses da coalizão.

O caso também demonstrou que no interior da própria coalizão há fragmentação, pois os autores de propostas, relatores e presidentes de comissões

envolvidos nas situações de impasse, pelo menos na Câmara, pertenciam a partidos da coalizão. Tornou-se clara a pouca firmeza ideológica dos partidos nas definições do setor, variando de posicionamento, por ocasião da alternância de poder no Executivo, conforme o pertencimento à coalizão de governo.

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

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

Como consequência da fragmentação na sociedade e no Estado, não se implementou o SUS como uma política de maioria, - custos e benefícios difusos, conforme a tipologia de Lowi (1972) e Wilson (1973) -, como pretendido pela Constituição. O conflito tem ocorrido como se fosse uma política redistributiva (custos e benefícios concentrados), o que seria compreensível pelas grandes desigualdades sociais, mais acentuadas em algumas das regiões do País, que tornam grande parcela da população totalmente dependente dos serviços públicos. Contudo, também há componentes distributivos (custos difusos com benefícios concentrados) no financiamento do sistema de saúde, em que só as camadas com renda suficiente para arrecadar imposto de renda podem se beneficiar do subsídio federal aos gastos privados com a saúde para ter acesso a serviços com melhor qualidade nas áreas em que o SUS é deficiente.

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

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

De todo modo, avanços podem ser observados nas normas produzidas (a partir de soluções definidas pelas coalizões de governo), mas não num nível que promova efetivamente as capacidades dos cidadãos para obter uma adequada situação de saúde. Ao que parece, apenas uma atuação mais autônoma do Legislativo frente ao Executivo, para solucionar adequadamente os problemas que já vem pautando, seria capaz de efetivar a conexão normativa pretendida pelos constituintes para as políticas de saúde.

Referências

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

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

_____. Constituição Política do Império do Brasil, de 25 de março de 1824. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao24.htm>. Acesso em 5 mai. 2014.

_____. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 24 de fevereiro de 1891. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm>. Acesso em 5 mai. 2014.

_____. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 16 de julho de 1934. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm>. Acesso em 5 mai. 2014.

_____. Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 10 de novembro de 1937. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.htm>. Acesso em 5 mai. 2014.

_____. Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 18 de setembro de 1946. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao46.htm>. Acesso em 5 mai. 2014.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1967. Disponível em:

< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67.htm>. Acesso em 5 mai. 2014.

_____. Emenda Constitucional nº 1, de 17 de outubro de 1969. Disponível em:

< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc_anterior1988/emc01-69.htm>. Acesso em 5 mai. 2014.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>.

Acesso em 5 mai. 2014.

_____. Câmara dos Deputados. Áudio da sessão ordinária da Comissão de Seguridade Social e Família do dia 11 de agosto de 2004.

Disponível em: <<http://imagem.camara.gov.br/internet/audio/Resultado.asp?txtCodigo=22886>>.

Acesso em: 5 mai. 2014.

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

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ata da centésima quadragésima quinta reunião ordinária do CNS. Brasília: CNS, 2004. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/atas/2004/Ata145.doc>>. Acesso em 5 mai. 2014.

FONSECA, E. J. O papel do Poder Legislativo na construção do Sistema Único de saúde: a Frente Parlamentar da Saúde e a regulamentação da Emenda à Constituição nº 29. 2008. Monografia (Especialização em Instituições e Processos Políticos do

Legislativo da Câmara dos Deputados) – Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/responsabilidade-social/edulegislativa/educacao-legislativa-1/posgraduacao/arquivos/publicacoes/banco-de-monografias/ip-2a-edicao/EdisonJosdaFonsecamonografiacursoIP2ed.pdf>>. Acesso em: 5 mai. 2014.

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

FRENTE PARLAMENTAR DA SAÚDE. Relatório do seminário “Um Olhar Social sobre o Orçamento Público - Saúde, Educação e Assistência Social”. Belo Horizonte, 2005. Mimeo.

_____. Relatório do seminário sobre saúde e seguridade social. Brasília, 2007. Mimeo.

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

GOMES, F. B. C. Saúde nas Constituições Brasileiras. In: Câmara dos Deputados. (Org.). *Ensaio sobre impactos da Constituição Federal de 1988 na sociedade brasileira*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2008, v. 2, p. 889-901. Disponível em:

<http://www.google.com.br/url?q=http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/2915/ensaios_impactos_volume2.pdf%3Fsequence%3D2&sa=U&ei=_D1pU_iDGLPCyAHygoHQDg&ved=0CCYQFjAB&usg=AFQjCNFTN28-PEZpAmimb-5n1EswsrWc07A>. Acesso em: 5 mai. 2014.

_____. Interações entre o Legislativo e o Executivo federal do Brasil na definição de políticas de interesse amplo: uma abordagem sistêmica, com aplicação na saúde. 2011. Tese (Doutorado em Ciências Políticas) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:

<http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/6165/interaçao_legislativo_gomes.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2014.

_____. Cooperação, liderança e impasse entre o Legislativo e o Executivo na produção legislativa do Congresso Nacional do Brasil. Dados (Rio de Janeiro. Impresso), v. 55, p. 911-950, 2012. Disponível em:

< <http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52582012000400003>>. Acesso em: 5 mai. 2014.

_____. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. Saúde em Debate, v. 38, p. 6-17, 2014. Disponível em:

< http://cebes.com.br/site/wp-content/uploads/2014/04/saude_debate_ed100.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2014.

JORGE, E. Apresentação sobre o SIOPS como instrumento de gestão. I Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde –ABRASCO. Bahia, 24 a 26 de agosto de 2010.

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

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

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

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

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

SANTOS, M H C. Governabilidade, governança e democracia: criação da capacidade governativa e relações Executivo-Legislativo no Brasil pósconstituente. *DADOS*, v. 40, n. 3, Rio de Janeiro, 1997.

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

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