

Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados
Centro de Documentação e Informação
Coordenação de Biblioteca
<http://bd.camara.gov.br>

"Dissemina os documentos digitais de interesse da atividade legislativa e da sociedade."



REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL 29

Fábio de Barros Correia Gomes

Consultor Legislativo da Área XVI
Saúde Pública, Sanitarismo

ESTUDO

JUNHO/2011



Câmara dos Deputados
Praça 3 Poderes
Consultoria Legislativa
Anexo III - Térreo
Brasília - DF



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 CONTEXTO E RESPONSABILIDADES NO FINANCIAMENTO DO SUS.....	3
3 TENTATIVAS DE REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA 29	6
4 EFEITOS DA EMENDA 29/00.....	11
5 COMENTÁRIOS FINAIS.....	14

© 2011 Câmara dos Deputados.

Todos os direitos reservados. Este trabalho poderá ser reproduzido ou transmitido na íntegra, desde que citados(as) o(a) autor(a) e a Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados. São vedadas a venda, a reprodução parcial e a tradução, sem autorização prévia por escrito da Câmara dos Deputados.

Este trabalho é de inteira responsabilidade de seu(sua) autor(a), não representando necessariamente a opinião da Câmara dos Deputados.

REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL 29

Fábio de Barros Correia Gomes

1 INTRODUÇÃO

Esse estudo apresenta informações a respeito da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000.¹ São focalizados os seguintes pontos: os desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) na área de seu financiamento, o histórico das proposições a esse respeito encaminhadas no Congresso Nacional.

2 CONTEXTO E RESPONSABILIDADES NO FINANCIAMENTO DO SUS

As diretrizes de funcionamento do SUS foram estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 (artigos de 196 a 200). Antes, a assistência médico-hospitalar prestada à parcela da população então denominada de “indigente” era realizada por alguns municípios e estados e, principalmente, por instituições de caráter filantrópico, de modo que grande parte da demanda por assistência era reprimida ou possuía caráter de caridade e, não, de direito. Os serviços de saúde destinados aos trabalhadores inseridos na economia formal e seus dependentes eram de competência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que promovia uma política baseada na ampliação da oferta não articulada de serviços contratados na rede privada, gerando ineficiências. Ao Ministério da Saúde cabia promover ações de proteção geral da sociedade, como o combate às epidemias e endemias.

A Constituição estabeleceu que a saúde é direito de todos e dever do Estado, prevendo também o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O SUS foi instituído como uma rede de ações e serviços regionalizada, hierarquizada e organizada de acordo com as diretrizes: da descentralização, com direção única em cada esfera de governo; do atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e da participação da comunidade (art. 198). O SUS foi concebido de modo a racionalizar os esforços das unidades federadas, por meio da descentralização e da cooperação, e a

¹ As informações foram extraídas de tese de doutorado em ciência política (UERJ/CEFOP) do autor.

prestar uma atenção integral à saúde de todos os cidadãos, não apenas a dos mais pobres. Também fomentou a participação comunitária no controle do sistema.

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). Segundo Carvalho (2008),² desde 1989, essas leis mantiveram a definição dos 30% dos recursos da seguridade para a saúde, mas em 1994 este dispositivo foi vetado.

A implantação do SUS ocorreu a partir da elaboração das Leis nº 8.080 e 8.142, ambas de 1990. Contudo, os vetos presidenciais aos artigos que abordavam os critérios de financiamento deixaram o setor sem parâmetros estáveis para um planejamento de médio e longo prazo. Posteriormente, as grandes definições focalizaram a descentralização da gestão do setor e ocorreram por meio de Normas Operacionais Básicas (NOBs), apresentadas por meio de portarias do Executivo (que a rigor não poderiam criar novas obrigações para outros entes federados, que contrariassem o que está previsto em lei).

A primeira das NOBs (1991) manteve a tradição dos “convênios” mas, gradualmente foram sendo adotados mecanismos de repasses de recursos para a gestão mais autônoma de Estados e Municípios (1993, 1996), por meios de condicionalidades (não previstas explicitamente em lei) e critérios de capacidade pactuados entre gestores das três esferas de governo e aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde. A partir de 2001, maior ênfase foi direcionada à regionalização e hierarquização dos serviços e, mais recentemente, foram adotados pactos entre os gestores para obtenção de objetivos de impacto, como, por exemplo, a redução da mortalidade infantil.

Após várias crises de financiamento das ações e serviços de saúde na década de 1990, alguns remediados com soluções temporárias, como a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF) em 1996.

A legislação relacionada à CPMF³ terminou por promover a elevação dos recursos disponíveis à União, 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

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

³ A instituição da CPMF 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 duas Emendas Constitucionais.

chegava à saúde mordida em 20%” pela desvinculação das receitas da União (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).

Uma das mais destacadas proposições visando solucionar a questão do subfinanciamento do SUS foi a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 169, de autoria dos deputados Waldir Pires (PSDB/BA) e Eduardo Jorge (PT/SP), apresentada em 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. Após prolongada tramitação no Congresso o impasse foi quebrado pela adoção de critérios menos ambiciosos, do ponto de vista da União, que praticamente mantiveram a participação do nível federal, mas que ampliaram a os dos demais.

De todo modo, a Emenda Constitucional nº 29, de 2000, finalmente estabeleceu previsões mais estáveis para o financiamento da saúde, por meio de alterações nos arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da inclusão do art. 77 no ato das disposições constitucionais transitórias, tornando mais específicas as obrigações relacionadas ao financiamento da saúde. Em 2000, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde pela União deveria ser equivalente ao “montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento”.

De 2001 a 2004, deveriam ser aplicados “o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB”. No caso dos Estados e do Distrito Federal, deveriam ser aplicados “um mínimo de doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios”.

No caso dos Municípios e do Distrito Federal, o mínimo a ser aplicado seria de “quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º”.

Foi admitido que Estados, Distrito Federal e Municípios que não aplicassem os percentuais indicados elevassem a aplicação gradualmente “até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano”. Entretanto, a partir de 2000, a aplicação seria “de pelo menos sete por cento”. Dos recursos da União apurados nos termos do artigo 75, “quinze por cento, no mínimo”, seriam aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.

A Emenda 29/00 estabeleceu que os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade seriam aplicados por meio de Fundo de Saúde a ser acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal (referente aos sistemas de controle). Também foi indicado que na ausência de lei complementar, prevista no art 198, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-ia à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios os parâmetros já mencionados (dispostos no art. 77 das disposições transitórias). Não há qualquer tipo de responsabilização no caso da não-regulamentação.

Essa Emenda acrescentou novas situações de intervenção nos Estados, Distrito Federal e Municípios,” no caso da não aplicação do mínimo exigido da receita nas ações e serviços públicos de saúde” (art. 34, e; art. 35, III) e também alterou o art. 167 da Constituição, que veda vinculação de receitas de impostos a órgãos específicos, para permitir a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde (inciso IV).

3 TENTATIVAS DE REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA 29

O dispositivo inserido pela Emenda nº 29, de 2000, indicando a necessidade de revisão dos critérios de financiamento por meio de lei complementar a cada cinco anos garantiu que o tema voltaria ao debate; contudo, mais evidências se acumularam indicando resistências da União em promover um aumento de sua participação relativa no financiamento da saúde. Caso a lei complementar não fosse sancionada, permaneceriam os critérios já existentes. O foco do impasse para a regulamentação da Emenda 29/00 foi o critério de financiamento pela União (não há muita variação nas propostas para os critérios dos demais entes federados) e reproduz as tensões existentes desde a Constituinte.

As tentativas de regulamentação iniciaram já em 2001. O PLP 201/2001, de autoria do deputado Ursicino Queiroz (PFL/BA), que relatou a Emenda 29, 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. Na justificação, apresentou dados indicando que obteve esse percentual com base no valor empenhado no ano de 2000 para as ações e serviços de saúde, acrescido de 5% em relação ao total da arrecadação de impostos e contribuintes, descontadas as transferências constitucionais para Estados e Municípios. Os critérios para estados e municípios seriam mantidos. O parlamentar mencionou a necessidade de regulamentação da Emenda 29/00, para que também ficassem claros os gastos admissíveis como da saúde. A proposição foi arquivada ao final da Legislatura sem ter recebido um único parecer de comissão.

Com a nova Legislatura e alternância de poder no Executivo, em 18 de fevereiro de 2003, o deputado Roberto Gouveia (PT/SP) apresentou o primeiro projeto de lei complementar da Legislatura, o PLP 01/2003, com absolutamente o mesmo teor e critérios do PLP 201/2001, que havia sido arquivado, como citado na justificaco do novo projeto.

Na Comissão de Seguridade Social e Família (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 servios públicos de saúde, no mínimo, 10% de suas receitas correntes, tomadas como base de cálculo, o que, segundo o relator, “representa um avanço concreto e realista em relação ao montante atualmente destinado.” O relator considerou que o substitutivo apresentado avançou na delimitação do campo a que correspondem as ações e servios 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.”

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, mas foi aprovada em agosto de 2004. O projeto seguiu, então, para a apreciação das demais comissões: a Comissão de Finanças e Tributação (CFT) e a Comissão de Constituição e Justiça e Cidadania (CCJC). essas comissões também aprovaram o projeto, contudo a discussão no plenário da Câmara foi iniciada apenas em abril de 2006 e não progrediu.

A Legislatura findou, mas a matéria não foi arquivada, pois tinha recebido todos os pareceres das comissões de mérito. Oito requerimentos solicitando inclusão na pauta do plenário foram apresentados durante 2007. O deputado Aclio Casagrande (PMDB/SC) requereu urgência em 9 de maio, o que só foi aprovado em 16 de outubro de 2007. A partir da 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 sobre as 14 emendas apresentadas, rejeitou cinco delas e apresentou um Substitutivo de Plenário. O deputado Luiz Carlos Hauly (PSDB/PR), representando a CFT, recomendou aprovação das 14 emendas. O deputado Maurício Rands (PT/PE) foi designado como relator pela CCJC e recomendou a aprovação das emendas e do substitutivo de plenário.

O deputado Ronaldo Caiado (DEM/GO), na qualidade de Líder do DEM, solicitou destaque para votação do substitutivo da CSSF em preferência  subemenda substitutiva oferecida em plenário pelo próprio relator da CSSF. O destaque foi rejeitado pelo plenário. A oposição tentava preservar o substitutivo original da CSSF, que previa aplicação pela União de 10% da receita corrente bruta, pois o substitutivo de plenário alterou esse critério para o montante

correspondente ao empenhado no ano anterior acrescido da variação Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida entre os dois exercícios financeiros imediatamente anteriores. Até aqui, semelhante ao que já previa a Emenda 29/00. 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.

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, que tramitava na via constitucional, foi efetivamente derrubada no Senado ainda no mês de novembro de 2007. Assim, a tramitação do PLP 01/2003 no Senado (sob a denominação de PLC 89/2007) quase que perdeu o sentido.

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), preserva o teor do PLP 01/2003 e prevê aplicação em saúde pela União de 18% de sua receita corrente líquida (o que segundo o autor corresponderia a 10% da receita corrente bruta, mas que seria de mais clara aplicação).

A matéria foi para a CCJ do Senado 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, que até a presente data ainda não designou um relator.

A estagnação no Senado dessa proposta que se iniciou na Câmara não indica que o debate arrefeceu, pelo contrário, o foco foi desviado para outra proposição, o PLS 121 apresentado no Senado em 20 de março de 2007 (início da Legislatura, coincidindo com o período em que a discussão do PLP 01/2003 não progredia no plenário da Câmara), de autoria do Senador Tião Viana (PT/AC). Esse projeto previa o critério de 10% da receita corrente bruta da União, como no substitutivo original da CSSF.

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 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 inviabilidade da tentativa de modificar o critério de 10% da receita corrente bruta, 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) descreveu a percepção desses acontecimentos no Senado como “surpresa” e “alegria geral.”

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 PLP 306/2008 foi despachado para apreciação do mérito pela CFT, CSSF e da constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa pela CCJC. No dia seguinte, os líderes partidários conseguiram aprovar requerimento de urgência, de modo que a matéria permaneceu no plenário. Em 21 de maio 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 receita corrente bruta foi eliminado, retornando a uma solução semelhante ao que havia prevalecido no caso do PLP 01/2003, ou seja, o critério da variação do PIB e mais um adicional, só que, dessa vez, incorporável. Naquela ocasião, o adicional viria da CPMF, mas com sua extinção foi proposto a criação de uma Contribuição Social para a Saúde (CSS), com alíquota de 0,1% e de caráter permanente.

O relator mencionou que a proposta considerava “a responsabilidade política da Câmara dos Deputados com a área da saúde” e que os “líderes das bancadas do PT, PMDB, PSB, PDT, PC do B, PR, PTB e PP, optaram por elaborar este Substitutivo a fim de adequar a matéria, do ponto de vista orçamentário e financeiro.” O relator também informou que incorporou alguns dispositivos do PLP 01/2003, de modo a aproveitar “as melhores contribuições dos dois projetos.” 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% - 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 setembro de 2011, quando foi finalmente aprovada na Câmara, após forte demanda da sociedade, diante da crise na atenção a saúde por meio do SUS.

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.

Esse projeto finalmente resultou na regulamentação da Emenda 29, gerando a Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, mas 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.

4 EFEITOS DA EMENDA 29/00

Entre os avanços da Emenda 29/00, 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 relativa dos recursos da União, com elevação para Municípios e Estados. 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).

A situação de subfinanciamento do SUS persiste. Em países com sistemas universais de saúde o gasto público corresponde, em média, a 6,5% do PIB ou 70% do gasto total em saúde - público e privado; mas no Brasil, o gasto do SUS é inferior a 3,7% do PIB, menos de 45% do total, que é de 8,4% do PIB (PIOLA, 2010).⁴

Os gastos do SUS aumentaram após a Emenda nº 29/00, passaram de 2,9% do PIB em 2000 para 3,7% em 2008 e o gasto per capita no mesmo período passou de 360 para 606 Reais – já considerando a inflação; mas o esforço de Estados e Municípios foi maior: em 2000 participavam com 40,2% do gasto e em 2008, com 54,1% (PIOLA, 2010). A queda na participação relativa da União no financiamento da saúde, pela estabilização de seu nível de gastos em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), fica clara no gráfico 29, elaborado por Mendes e Marques (2009)⁵; o qual também mostra que esse gasto permaneceu bem inferior ao relacionado com juros entre 1995 e 2008.

Os gastos federais em saúde cresceram menos que as receitas correntes federais. Entre 2000 e 2008 representaram uma média de 8,4% da receita corrente bruta; mas entre

⁴ PIOLA, S F. Apresentação no Orçamento público e financiamento à saúde do seminário: Caminhos para o Financiamento e o Acesso à Saúde. Valor Online. São Paulo, 7 de junho de 2010.

Disponível em: http://www.valoronline.com.br/sites/default/files/valor_piola_junho.pdf. Acesso em 05 abr. 2011.

⁵ 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.

2002 e 2009 a média foi ainda mais reduzida: 7,1% (PIOLA, 2010). Vale destacar que em 1995 o gasto federal correspondeu a 9,6% da receita corrente bruta, muito próximo ao critério que é objeto de tanta disputa atualmente.

Segundo Carvalho (2008), estimativas de 2007 mostram que a União foi responsável por 47% do gasto, os Estados, 26% e os Municípios, 27%; contudo, a União administra 60% da arrecadação pública, os Estados, 24% e os Municípios, 16%.

Piola (2010) destacou que a não regulamentação da Emenda 29/00 está provocando perdas para o SUS, não apenas pela questão da menor contribuição relativa da União. Caso todos os Estados cumprissem os limites mínimos com gastos em serviços de saúde seriam adicionados, no mínimo, dois bilhões de Reais ao ano, indicando a necessidade de esclarecer quais são os gastos a serem aceitos como de saúde.

Segundo Jorge (2010), apenas 43 (0,8%) de 5562 municípios brasileiros não aplicaram recursos em saúde em 2008, conforme critérios da resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde (que especificou, as ações que seriam aceitas, contudo sem poder legal para impor as definições aos entes federados). As perdas pela não aplicação por parte dos municípios entre 2004 e 2008 chegou a quase 130 milhões de Reais.

Por meio de levantamento de dados no sítio da Internet do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde – SIOPS (GOMES, 2007),⁶ verificou-se que em 2005, 93,5% dos municípios aplicaram 15% ou mais de suas receitas em ações e serviços de saúde, cumprindo a Emenda nº 29, de 2000 e também que: 32% aplicaram 20% ou mais; 8,2% aplicaram 25% ou mais; e 2,4% chegaram a aplicar 30% ou mais de suas receitas em ações e serviços de saúde. A média de aplicação em 2005 foi de 18,9%.

É preciso destacar que esses são os dados informados pelos municípios. No caso dos Estados, o Ministério da Saúde tem promovido análises mais detalhadas dos dados enviados e tem encontrado diferenças significativas. Por exemplo, em 2008 apenas quatro Estados não teriam aplicado o percentual mínimo, segundo suas próprias informações, gerando perda de 1,2 bilhão de Reais naquele ano (Jorge, 2010). Mas os dados revisados indicaram que 14 estados não cumpriram a Emenda 29 naquele ano (na visão da Resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde), gerando perda de 3,1 bilhões de Reais - a perda acumulada entre 2004 e 2008 seria de 16 bilhões de Reais (Jorge, 2010).

⁶ GOMES, F B C. Estudo Técnico sobre a Emenda Constitucional 29/00. Brasília, Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados, 2007 (mimeo).

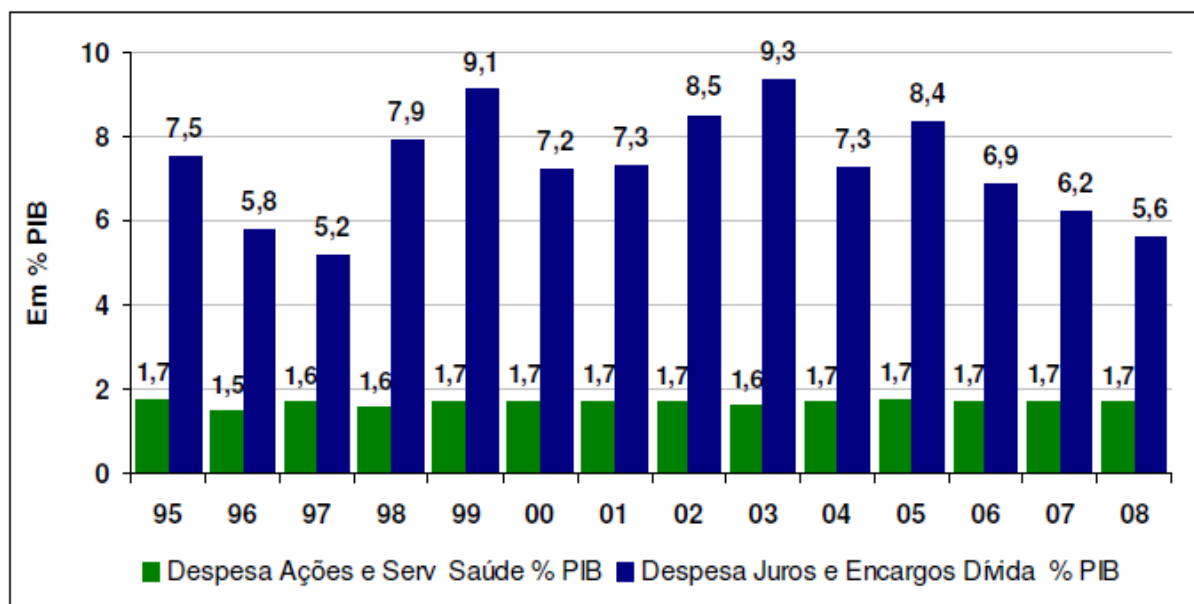


Gráfico 29 - Evolução das despesas com ações e serviços de saúde do Ministério da Saúde e dos Juros.

Fonte: Cofin/CNS; Banco Central do Brasil. Elaborado por Mendes e Marques (2009).

Também no nível federal existiria descumprimento da Emenda 29/00 por meio de: “gastos com a saúde privada dos servidores; restos a pagar não pagos e sem lastro, programa farmácia popular” (em que o governo federal investe recursos públicos fora do SUS); “bolsa família, etc.” (CARVALHO, 2008). Esse aparente maior esforço realizado pelos municípios para cumprir as determinações da Emenda 29/00 também tem se acompanhado de maior visibilidade das demandas por uma solução para o subfinanciamento do SUS, como observado em atividades promovidas pela Confederação Nacional dos Municípios.

Com relação as propostas de regulamentação do art. 198 da Constituição, que trata da aplicação de recursos em saúde pelos entes federados, o quadro 1 apresenta estimativas do Ministério da Saúde (Jorge, 2010) sobre o montante de recursos que seriam disponibilizados por propostas selecionadas.

Algumas propostas estão inativas, mas comparando-se com o histórico apresentado, fica evidente que o Executivo Federal (em sucessivos governos, independente da questão partidária) tem se colocado 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 29/00 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 defendem 10% da receita corrente bruta (quadro 1).

5 COMENTÁRIOS FINAIS

Além da reduzida participação da União no financiamento do SUS, algumas alterações constitucionais interferiram na destinação dos recursos originalmente coletados para atender à seguridade social. Desde 1994, a ampliação de recursos para o nível federal, tem ocorrido por meio da criação de fundos e da desvinculação das receitas da União, que seriam destinadas à seguridade social. As alterações visaram artigos do Ato das Disposições Transitórias, sucessivamente prorrogadas.

Assim, ainda que o SUS tenha conseguido manter seus conceitos no plano legal e tenha obtido algum sucesso no controle social da política de saúde, na prática, a limitação nos gastos desde a década de 1990, tem dificultado uma adequada descentralização das ações e serviços de saúde. A implementação incompleta do SUS, devido a seu inadequado financiamento, afeta a qualidade do serviço oferecido à população e abala sua credibilidade. Isso pode ser percebido como falha na concepção do sistema, ao invés de falha em sua implementação. A crise de confiança no sistema, por sua vez, pode dificultar a obtenção de apoio necessário para aprovação no Congresso Nacional de medidas para reverter o subfinanciamento.

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

Proposta	Critério para a União	Valores (milhões de Reais)
Artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (*)	30% do orçamento da seguridade social	127.656,13
Emenda nº 29, 2000	Despesa empenhada do exercício anterior corrigida pela variação nominal do PIB	60.950,73
PEC 169/1993 (*)	Gasto de 30% do Orçamento da Seguridade Social adicionado de 10% da receita de impostos	156.363,98
PLS 121/2007	Gasto de 10% da receita corrente bruta	90.847,04
PLS 156/2007	Gasto de 18% da receita corrente líquida	92.930,14
Substitutivo da CFT ao PLP 306/2008 (**)	Despesa empenhada do exercício anterior corrigida pela variação nominal do PIB adicionada de receita da CSS	72.750,73

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

Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/planejasaus_seminario10_siops_eliasjorge.pdf.

Acesso em 05 abr. 2011.

Nota: (*) Proposta inativa.

(**) Adicionou-se o montante calculado para a Emenda 29 (Jorge, 2010) adicionado de 11,8 bilhões estimados pelo relator da CFT.

Ao lado de casos de sucesso do SUS em programas específicos, que são mais adequadamente financiados, como o de transplante de órgãos e o de controle da Aids, alguns serviços menos complexos são inadequadamente financiados e têm cobertura e qualidade insuficientes.

As dificuldades de acesso a ações e serviços de saúde por meio do SUS foram explicitadas durante audiência pública na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados em 2007, para debater questões relativas ao financiamento da saúde. Dados apresentados pelo Ministério da Saúde indicaram defasagens na tabela de remuneração do SUS e estimaram que havia 13 milhões de hipertensos que não estavam sendo tratados e acompanhados adequadamente e 4,5 milhões de diabéticos na mesma situação. Também foi destacado que: 25% da população portadora de doenças negligenciadas, como tuberculose, malária, hanseníase, entre outras, não teriam acesso regular ao sistema de saúde; 47% das gestantes não cumpririam o mínimo de sete consultas de pré-natal e 90 mil brasileiros com diagnóstico de câncer estabelecido fariam cirurgia e quimioterapia, mas não teriam acesso à radioterapia pela insuficiência de capacidade instalada. Além

disso, é preciso considerar que o acesso da população brasileira aos serviços do SUS não se dá de modo uniforme, pois há desigualdades regionais.

A desigualdade na qualidade de ações e serviços públicos de saúde de baixa e média complexidade produz um contexto de iniquidade e de ineficiência em que a parcela mais pobre da população sofre restrição de acesso a serviços de qualidade (com relação à oportunidade e resolutividade do atendimento) para prevenir e reduzir a incidência de doenças que terminam por demandar tratamentos mais caros e complexos. É o caso do deficiente acesso ao tratamento do diabetes e da hipertensão arterial, que pode prejudicar a prevenção de complicações renais, cardiovasculares e oculares e, conseqüentemente, aumentar a demanda potencial por transplante de rim, coração e córnea.

A ambigüidade do modelo de atenção pública à saúde efetivamente adotado no País e expresso nas prioridades de financiamento do sistema, na prática, combina universalidade (para os serviços de alta complexidade e os relacionados à vigilância epidemiológica e sanitária) e certa seletividade para a população mais pobre (para os serviços de saúde de baixa e média complexidade); alimentando uma estrutura de desigualdade no acesso aos serviços de saúde, que se torna iníqua para os que dependem unicamente do sistema público de saúde. No exemplo sobre o transplante de órgãos, esse arranjo pode, até mesmo, contribuir para um aumento (evitável) na fila de transplante e de demanda por recursos.

Em resumo, o SUS foi concebido pelos constituintes como uma política de maioria (para todos os brasileiros), mas, em larga medida, implementado segundo uma lógica focalizada, em função da relativização e da limitação do direito constitucional à saúde, às custas do subfinanciamento de uma política que a Constituição Federal estabeleceu como universal.

O debate sobre o financiamento do SUS prossegue muito centrado em estatísticas econômicas que comparam: a) o gasto do setor público, enquanto parcela do PIB, ao de outros países e b) a parcela do orçamento federal destinada à saúde, segundo critérios variados. Muita polêmica tem sido adicionada à discussão sobre a necessidade de uma contribuição exclusiva para a saúde, sem que dados sobre a evolução recente das receitas fiscais e o efeito da extinção da CPMF tenham sido assimilados.

Em geral, não tem sido priorizado o debate sobre o montante que seria necessário para que o SUS seja adequadamente implementado (a discussão tem focalizado o politicamente possível), nem sobre o impacto dos diferentes critérios de financiamento sobre metas mensuráveis da política de saúde (mesmo que escalonadas no tempo), nem, tampouco sobre as atividades que seriam priorizadas com os novos recursos.

As perdas decorrentes da ineficiência na gestão e da corrupção não têm sido estimadas de modo mais abrangente. 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.

É preciso considerar que a situação de subfinanciamento é satisfatória para os que valorizam apenas a questão do equilíbrio fiscal, afinal são anos em que o volume de recursos aplicados na saúde foram menores que o necessário. A superação dessa situação é improvável na ausência de um maior envolvimento dos usuários e de mais setores organizados da sociedade. 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.

Em suma, apesar da nova Lei complementar, o subfinanciamento do SUS persiste, com graves consequências para a grande parcela da população que depende exclusivamente dele.