

O FUNDO PÚBLICO E O FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Sergiane Maia Maciel ¹
Salviana de Maria Pastor Santos Sousa ²
Carlos Leonardo Figueiredo Cunha ³
Áquilas Nogueira Mendes ⁴

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter universalista no Brasil, é ideia nascida no bojo do Movimento Sanitário e acolhida pela Constituição de 1988, tornando-se experiência pioneira, no país, de política social universalizante, com caráter redistributivo, já que todo cidadão receberia atendimento à saúde, financiada pelo orçamento da Seguridade Social (GLOBEKNER, 2011).

Assim, o objetivo deste artigo é apresentar o marco conceitual do fundo público, na garantia de direito à saúde pública universal, e o histórico do financiamento da política de saúde no Brasil, tencionando uma reflexão acerca do seu papel no capitalismo

¹ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Docente da UFMA do Curso de Enfermagem, Campus de Imperatriz (MA). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas pela UFMA. E-mail: sergianemm@gmail.com

² Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da UFMA. E-mail: salvi200@globob.com

³ Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). E-mail: leocunhama@gmail.com

⁴ Professor Doutor Livre-Docente de Economia da Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP e do Programa de Pós-Graduação em Economia Política e do Departamento de Economia da PUCSP. E-mail: aquilasn@uol.com.br

contemporâneo, numa perspectiva do financiamento da política de saúde no Brasil.

Parte-se do pressuposto de que as tensões por recursos financeiros para assegurar a política universal da saúde sempre foram uma constante desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. E que ao longo de vinte e oito anos de existência do SUS ainda persistem, acentuando-se principalmente diante do domínio do capital contemporâneo, sob comando do capital portador de juros (capital financeiro) que força o incremento das despesas com juros da dívida pública no orçamento federal. Dessa maneira, forma-se um duplo movimento pendular e contraditório entre as forças em torno da área da saúde, ou seja, o alcance de uma política universal e a diminuição de gastos públicos com a saúde (MENDES, 2012).

Com o escopo de apresentar as tensões e os impasses do financiamento do SUS, o presente artigo está articulado em três eixos analíticos de análises. No primeiro eixo, caracteriza-se o conceito de fundo público presente na literatura, mencionando o orçamento público, como elemento importante para compreender o financiamento da política de saúde. No segundo eixo, discute-se o fundo público, destacando seu papel ativo na política macroeconômica que serve tanto para a acumulação produtiva do capital, como para a garantia das políticas sociais. O terceiro eixo de análise apresentam-se os dados sobre o financiamento da saúde no período de 2005, 2008, 2010, e de 2012 a 2014, com base nos levantamentos provenientes de fontes oficiais da Associação Nacional dos Auditores Fiscais (ANFIP) e da Fundação ANFIP de Estudos da Seguridade Social.

A partir das análises apresentadas, destacam-se as consequências da política macroeconômica restritiva que visa principalmente o cumprimento de metas de inflação e superávits primários (diferença entre o que o governo arrecada e aquilo que ele gasta, sem computar os pagamentos com a dívida), resultando em constante pressão para que o gasto público com a saúde fosse diminuído.

1. Aspectos conceituais do Fundo Público

O fundo público ocupa um papel relevante na articulação das políticas sociais e na sua relação com a reprodução do capital. A presença dos fundos públicos na reprodução da força de trabalho e gastos sociais é uma questão estrutural do capitalismo (SALVADOR, 2010a; 2010b).

Assim, o fundo público envolve toda capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia, seja por meio das empresas públicas, pelo uso da sua política monetária e fiscal, seja por meio de transferência direta do orçamento público. Portanto, a expressão mais visível do fundo público é o orçamento público (SALVADOR, 2012; SALVADOR; TEIXEIRA, 2014).

Nesse mesmo sentido, o fundo público se forma a partir de uma punção, na forma de impostos, contribuições e taxas, da mais-valia, ou seja, é parte do trabalho excedente que se transformou em lucro, juro ou renda de terra, sendo apropriado pelo Estado para o desempenho de múltiplas funções (BEHRING, 2010).

Segundo Behring (2010), o fundo público atua na reprodução do capital, retornando, para seus segmentos especialmente nos momentos de crise; e na reprodução da força de trabalho, a exemplo da implementação de políticas sociais. Em vários momentos de “O Capital de Marx” (1982 apud BEHRING, 2010, p. 20), os impostos aparecem como subformas da mais-valia.

Em tempos neoliberais, o fundo público sofreu algumas mudanças diante do fato de o Estado ter se tornado um importante agente de redução dos custos do trabalho e dos serviços públicos, bem como da financeirização da riqueza, o que é favorável aos lucros das diferentes frações representativas do capital (TEIXEIRA, 2012).

Como mostra Salvador (2010a), ao estudar as dinâmicas da financeirização da riqueza e as implicações para a proteção social, nas crises financeiras nos últimos trinta anos, o fundo público tem sido acionado para proteger instituições financeiras falidas, custeado pelo tributo dos trabalhadores. No caso brasileiro, juntamente com os efeitos da crise, as medidas de cunho fiscal tomadas pelo governo no socorro ao capital trouxeram consequências nefastas para o

financiamento da seguridade social, especialmente, para a política de saúde.

Conseqüentemente, o mesmo autor completa que o orçamento público deve ser analisado como importante para a compreensão da política social, sendo um instrumento útil na gestão de controle e direcionamento dos gastos do Estado. Na verdade, os gastos orçamentários definem a direção e a forma de ação do Estado nas suas prioridades de políticas públicas.

Oliveira (2009) diz que o orçamento deve ser visto como espelho da vida política de uma sociedade, à medida que registra e revela, em sua estrutura de gastos e receitas, sobre que classe ou fração de classe recai o maior ou o menor ônus da tributação e as que mais se beneficiam com seus gastos. Por meio do orçamento público, o poder Executivo procura cumprir determinado programa de governo ou viabilizar objetivos macroeconômicos.

Salvador (2012) e Salvador e Teixeira (2014) especificam que o orçamento público é um espaço de luta política, com as diferentes forças da sociedade, buscando inserir seus interesses, sendo importante sublinhar que os interesses dentro do Estado Capitalista são privados e, a partir da década de 1980, há um domínio hegemônico do capital portador de juros (capital financeiro).

No tocante à saúde, o fundo público mediante o Fundo Nacional da Saúde, cada vez mais enfrenta dificuldades para execução orçamentária e financeira de despesas com saúde e, com isso, o principal paradoxo é que o Sistema Único de Saúde, fundado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade das ações, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado, vem sendo minado pela péssima qualidade dos serviços, pela falta de recursos, pela ampliação dos esquemas privados que sugam os recursos públicos e pela instabilidade no financiamento (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Destaca-se que o Fundo de Saúde é um Fundo especial. Não tem natureza apenas contábil. A ele se vinculam receitas e despesas específicas e tem o objetivo de ampliar a capacidade de gestão

orçamentária e a governabilidade administrativa do gestor, além de dar transparência para o gasto em saúde para fins de controle interno e externo por parte dos órgãos responsáveis e pela sociedade (BRASIL, 2013).

Na prática, o que parece é que a proposta de saúde pública e universal está sofrendo um processo de privatização passiva. Essas tendências são determinadas e agravadas pelo comportamento do orçamento público destinado às políticas sociais. O comportamento da alocação de recursos para as políticas sociais mais globalmente, e de modo específico para a seguridade social, tende a ser pró-cíclico e regressivo, ao invés de se constituir como anticíclico, o que permite apenas a existência de mecanismos compensatórios que não alteram profundamente a estrutura das desigualdades sociais. Com poucos investimentos, diminui a qualidade das políticas sociais e ocorre uma “ritualização” dos ministérios da área social, impossibilitados que são de implementar políticas universais (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Prosseguem Behring e Boschetti (2011) sobre como os recursos permanecem extremamente concentrados e centralizados, contrariando a orientação constitucional da descentralização. Além de concentrados na União, o ente federativo com maior capacidade de tributação e de financiamento, também há concentração na alocação dos recursos nos serviços da dívida pública, tais como: juros, encargos e amortizações que contam com destinação sempre maior que todo o recurso da seguridade social.

A decisão sobre os objetivos de gastos do Estado e a fonte dos recursos para financiá-lo não é somente econômica, mas principalmente é escolha política, refletindo a correlação de forças sociais e políticas atuantes e que têm hegemonia na sociedade (SALVADOR; TEIXEIRA, 2014).

2. O Fundo Público no capitalismo contemporâneo

O capital portador de juros e suas formas assumidas como o capital fictício tornou-se hegemônico no movimento do capital

contemporâneo, provocando, inclusive, tensões nas formas de desenvolvimento das políticas sociais, especialmente a saúde.

A partir dos anos 1980, percebe-se o ressurgimento do capital produtor de juros, conforme denominado por Marx (1987), de forma duradoura, e ele passa a determinar as relações econômicas e sociais do capitalismo contemporâneo. Então, uma das características desse momento contemporâneo do capitalismo é principalmente a dominância da valorização financeira (do capital portador de juros) no seu desdobramento como capital fictício (MENDES, 2012).

Esse movimento geral guiado por essa nova configuração da valorização financeira faz “o capital portador de juros”, com seu desdobramento na forma de capital fictício, estar em busca por “fazer dinheiro” sem sair da esfera financeira, sob a forma de juros de empréstimos, de dividendos e outros pagamentos a título de posse de ações e de lucros nascidos da especulação bem sucedida (CHESNAIS, 2005, p. 35).

Em verdade, o capital fictício, ao se constituir na forma mais acabada do capital portador de juros, propicia à relação capitalista atingir a forma mais reificada e fetichizada, como mencionado por Marx (1985). Retomando Marx (1987), ele diz que a força desse capital gera dessa forma ($D-D'$), ou seja, o dinheiro que se transforma em mais dinheiro, valor que se valoriza a si mesmo sem o processo intermediário que liga os dois extremos, ($D-M-D'$), quando se refere à expressão geral do movimento do capital, portanto, transformação de dinheiro em mercadoria, retransformação de mercadoria em dinheiro, comprar para vender (MENDES, 2012).

Na fase atual do capitalismo sob dominância financeira, os interesses do capital portador de juros intensificaram-se pelas disputas de recursos do fundo público, forçando de modo específico o incremento das despesas com juros da dívida pública no orçamento federal. Assim, o capital portador de juros, por meio de suas formas assumidas, ao se utilizar do fundo público, o faz sob a apropriação de parte da receita pública (MENDES, 2012).

Mendes (2012, p. 97) ressalta que

[...] a esse movimento de apropriação não escapam os recursos das políticas sociais de direito, as da seguridade social (previdência, saúde e assistência) no país, uma vez que compõem um fundo público específico de recursos federais, conforme a Constituição de 1988 e o Orçamento da Seguridade Social (OSS).

No desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social nos países centrais do capitalismo, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, o fundo público foi o fundamento das políticas macroeconômicas, tornando-se um mecanismo chave no processo de acumulação capitalista, que permitiu a capacidade de financiamento das políticas sociais (MENDES, 2012).

Nessa análise sobre o papel do fundo público no capitalismo contemporâneo, destaca-se que ele se tornou fundamental para o financiamento da acumulação do capital e para a reprodução da força de trabalho. Ainda que o financiamento historicamente seja mais ampliado para o capital do que para o trabalho, acaba que o acesso ao fundo público é marcado pela contradição entre ambos. Portanto, o fundo público tornou-se componente estrutural e insubstituível à medida que se tornou condição tanto para a formação da taxa de lucro, como para a reprodução da força de trabalho mediante o aumento do gasto social das despesas públicas (OLIVEIRA, 1998).

Oliveira (1998 apud BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 175) defende a tese de que esse novo padrão de financiamento público coloca em questão a participação do fundo público na produção de valor, no processo de reprodução do capital. Ele agiria como um antivalor, como “antimercadorias sociais, pois sua finalidade não é a de gerar lucros, nem mediante sua ação dá-se a extração da mais-valia”.

Essa tese é bastante polêmica, pois se seguimos seu pensamento, segundo o qual o fundo público é estrutural para a geração de valor e o capital não prescinde dele para sua reprodução, parece contraditório não considerar o fundo público para a reprodução geral do capital, através de subsídios, negociação de títulos públicos, de garantias de condições de financiamento, e até de reprodução da força de trabalho como fonte de criação de valor (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Behring e Boschetti (2011) não concordam com a tese de Oliveira (1998) que o fundo público pode ser considerado como antivalor, uma vez que participa de forma direta e indireta do ciclo de produção e reprodução do valor. O fundo público não gera diretamente mais-valia, porém, tencionado pela contradição entre a socialização de produção e a apropriação privada do produto, atua, apropriando-se de parcela da mais valia, sustentando num processo dialético e de reprodução da força de trabalho e do capital, socializando custos da produção e agilizando os processos de realização da mais-valia, base da taxa de lucros que se concretiza com a conclusão do ciclo de rotação do capital.

Com compreensões similares, Behring e Boschetti (2011) e Salvador (2010b, 2012) concordam que o fundo público não pode ser considerado o antivalor. O fundo público está presente na reprodução do capital em quatro dimensões (Salvador, 2010b, p. 622):

- a) Como fonte importante para a realização do investimento capitalista. No capitalismo contemporâneo, o fundo público comparece por meio de subsídios, de desonerações tributárias, por incentivos fiscais, por redução da base tributária da renda do capital como base de financiamento integral ou parcial dos meios de produção, que viabilizam a reprodução do capital.
- b) Como fonte que viabiliza a reprodução da força de trabalho, por meio de salários indiretos, reduzindo o custo do capitalista na sua aquisição. Além disso, é a força de trabalho a responsável direta, no capitalismo, pela criação do valor.
- c) Por meio das funções indiretas do Estado, que no capitalismo atual garantem vultosos recursos do orçamento para investimentos em meios de transporte e infraestrutura, nos gastos com investigação e pesquisa, além dos subsídios e renúncias fiscais para as empresas.
- d) No capitalismo contemporâneo, o fundo público é responsável por uma transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública para o capital financeiro, em especial para as classes rentistas.

O capital portador de juros está localizado no centro das relações econômicas e sociais da atualidade e da atual crise financeira em curso no capitalismo contemporâneo, desse modo, um dos grandes vilões do Orçamento da Seguridade Social e das contas públicas em geral, no contexto do duro ajuste fiscal brasileiro, é o mecanismo do superávit primário, instituído após o acordo com o Fundo Monetário Internacional (FMI), em 1988. O volume de recursos retidos para o superávit primário tem sido muito maior que os gastos nas políticas de Seguridade Social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

As subtrações das receitas do orçamento da Seguridade Social vêm sendo materializadas mediante a Desvinculação de Receitas da União (DRU), a qual desvincula 20% do total das receitas de impostos e contribuições sociais da União para outras finalidades, como a manutenção do superávit primário, contrariando os princípios constitucionais sobre a utilização de recursos advindos das fontes de custeio da seguridade que só poderiam ser mobilizados para seus fins (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL; FUNDAÇÃO ANFIP DE ESTUDOS DA SEGURIDADE SOCIAL E TRIBUTÁRIO, 2014, 2015; VASCONCELOS; COSTA, 2014).

A Desvinculação das Receitas da União (DRU) foi criada em 1994, intitulada Fundo Social de Emergência, que posteriormente denominou-se Fundo de Estabilização Fiscal e, a partir de 2000, intitula-se Desvinculação das Receitas da União. Em 8 (oito) de julho de 2015, o governo federal enviou à Câmara dos Deputados, a prorrogação da DRU pela sétima vez. Trata-se da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 87/2015 que prorroga a DRU, não por mais quatro anos – como vinha sendo feito desde sua criação, mas por oito anos, até 2023. Sendo que o texto amplia de 20% a 30% o percentual das receitas do Orçamento da Seguridade Social que serão retiradas para assegurar a tranquilidade do capital financeiro em dar sequência à apropriação desse fundo público (MENDES, 2016a).

Nessa situação, o que se percebe é que embora a Seguridade Social tenha garantia do financiamento por tributos pré-definidos,

paralelamente vem sofrendo abalos do sistema capitalista operado pelo Estado, porque desde a criação da DRU, perde um quinto dos recursos para o mercado beneficiado pelo pagamento de juros (VASCONCELOS; COSTA, 2014).

Pela Tabela 1, percebe-se no ano de 2013, que a DRU retirou do Orçamento da Seguridade Social R\$ 63,4 bilhões, dessa forma cumpre um papel na diminuição de recursos para a garantia dos direitos sociais, esvaziando o financiamento da Seguridade Social. Quase a integralidade do superávit da Seguridade Social é esvaziado dessa forma. Essa subtração de recursos não aparece nos relatórios como uma transferência de recursos da Seguridade Social para o orçamento fiscal (VASCONCELOS; COSTA, 2014; ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL; FUNDAÇÃO ANFIP DE ESTUDOS DA SEGURIDADE SOCIAL E TRIBUTÁRIO, 2014).

Tabela 1 - Receita de contribuições sociais selecionadas e os efeitos da desvinculação promovidos pela DRU, exercícios selecionados de 2005, 2008, 2010, 2012 a 2014

	2005	2008	2010	2012	2013	2014
Cofins	28.886	33.633	35.378	40.718	39.882	39.183
CSLL	8.457	11.902	11.560	12.854	12.509	12.639
PIS/Pasep	7.120	8.634	10.200	10.707	10.213	10.384
Outras contribuições*	10.069	574	796	844	811	955
Total**	54.532	54.744	57.934	65.124	63.415	63.161

Nota: Valores Correntes, em R\$ milhões. *Até 2007, em Outras contribuições, está incluída a receita da CPMF; **Valores constantes, corrigidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) de dez/2014.

Fonte: Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil e Fundação Anfip de Estudos da Seguridade Social e Tributário (2015)

Outrossim, em 2014, a DRU retirou do orçamento da Seguridade Social R\$ 63,1 bilhões. Ao diminuir o superávit da seguridade, esses setores impedem que os trabalhadores possam discutir e orientar esses recursos e destiná-los às suas prioridades (ASSOCIAÇÃO

NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL; FUNDAÇÃO ANFIP DE ESTUDOS DA SEGURIDADE SOCIAL E TRIBUTÁRIO, 2015). Não restam dúvidas que as áreas da Seguridade Social perdem muito com a DRU.

Para Mendes (2012), na prática, estamos falando do Orçamento da Seguridade (OSS) que abrange os recursos para as três áreas: saúde, assistência social e previdência. Há recurso suficiente no fundo público, o OSS. O problema é que grandes volumes de capitais não encontram caminhos de valorização, buscando esse espaço da Seguridade Social, e a DRU é um grande exemplo. Além disso, se acrescentarmos a insaciabilidade do capital portador de juros, alimentada pela política econômica do governo federal, que dá prioridade ao pagamento de juros da dívida, parece lícito afirmar que se trata de um “assalto aos direitos sociais”.

Dessa forma, a Seguridade Social, sobretudo pelo seu eixo orçamentário, vem sofrendo um desmonte quanto aos seus objetivos, devido a mecanismos utilizados pelos governos de forma a manter o superávit primário, redirecionando recursos da seguridade social para o mercado financeiro, através de pagamento de amortizações da dívida pública.

3. Financiamento da política de saúde no Brasil

A trajetória problemática do financiamento da política de saúde representada pelo SUS transcorre sobre um longo processo de conflitos e embates, com isso vive-se um duplo movimento pendular e contraditório entre as forças em torno da área da saúde (MENDES, 2012).

Esse duplo movimento no trajeto do financiamento do SUS se expressa com dois princípios que convivem de forma permanente e contraditória: de um lado, defende-se o “*princípio da construção da universalidade*”, que se expressa pelo direito de cidadania às ações e aos serviços de saúde, permitindo o acesso de todos, por meio da defesa permanente de recursos financeiros. Do outro lado, o “*princípio da contenção de gasto*”, o qual a diminuição das despesas públicas constitui

instrumento-chave para combater o déficit público, propiciado por uma política fiscal contracionista, e a manutenção de alto superávit primário em todas as esferas de atuação estatal (MENDES, 2012, p. 117).

O financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo e está normatizado pela Emenda Constitucional (EC) nº 29, que estabeleceu destinação específica das receitas municipais - impostos e transferências constitucionais -, de no mínimo 15% e estaduais, de no mínimo 12%, estipulando as despesas da União com base nos recursos utilizados em 2000, acrescidos da variação nominal, anual, do Produto Interno Bruto (PIB) (BRASIL, 2000).

Em 2013, o movimento “Saúde+10”, estruturado pelos: Conselho Nacional de Saúde, CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), e várias entidades da sociedade civil apresentaram um Projeto de Lei de Iniciativa Popular que reunia mais de 2,2 milhões de assinaturas em prol da alocação mínima de 10% das receitas correntes brutas da União para o financiamento do SUS. Entretanto, o projeto não foi aprovado pelo Congresso Nacional (MENDES, 2016a).

Ao contrário, o Congresso Nacional aprovou a EC nº 86, publicada em março de 2015, que alterou a aplicação mínima de recursos, assim, em 2016, nos termos dessa Emenda, foram destinadas para a União a aplicação de 13,2% da receita corrente líquida; crescendo ano a ano para 13,7%; 14,1%; 14,5%; até alcançar 15% em 2020. Observou-se uma perda de cerca de R\$ 9,2 bilhões para as ações e serviços públicos de saúde já no primeiro ano de implantação da EC, em 2016 (FUNCIA 2015a, 2015b; MENDES, 2016a, 2016b).

Atualmente, nesse debate do financiamento do SUS, insere-se a PEC (241), renomeada PEC (55), promulgada recentemente no dia 15 (quinze) de dezembro de 2016 (BRASIL, 2016), que além de desvincular a despesa federal com saúde de percentuais progressivos da receita corrente líquida, também propõe o congelamento do

financiamento federal do SUS, a valores de 2016, para os próximos 20 anos (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Na opinião de Mendes (2016b), a PEC (241), ao instituir um novo regime fiscal, que limita a expansão dos gastos públicos, a partir de 2017, pelos próximos 20 anos, corrigidos apenas pela inflação (Índice Nacional de Preços ao consumidor Amplo - IPCA), parece ser a expressão mais recente do caráter desse capitalismo contemporâneo, denominado “sem mundo”, com seu ataque ao subfinanciamento histórico do SUS. A PEC (241) impõe a saúde pública sua desestruturação e privatização crescente.

Estudo publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, em 2016 previa, em caso de continuidade da regra da EC 86, uma redução do gasto público per capita com saúde de 2016 para 2017, no valor equivalente a R\$ 519 para R\$ 459 per capita, e agora com a aplicação da regra da PEC (55) 241, estima-se que esse valor seja de R\$ 446 per capita. Percebe-se que o tamanho do problema é significativo para o subfinanciamento histórico do SUS, com diminuição dos recursos por meio dessa medida (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Num cenário retrospectivo entre 2005, 2008, 2010 e 2012 a 2014, a Tabela 2 mostra a evolução das despesas com ações e serviços de saúde em consonância com as determinações da Lei Complementar (LC) n° 141, de 2012, que regulamentou, entre outras questões, a aplicação mínima de recursos para o setor (BRASIL, 2012).

Tabela 2 - Evolução das despesas do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde pública em relação a diversos indicadores, 2005, 2008, 2010, 2012 a 2014

	2005	2008	2010	2012	2013	2014
Valores nominais (R\$ bilhões)	34,52	50,27	62,33	80,09	85,43	94,24
Valores constantes (Bilhões INPC dez/14)	57,01	72,06	80,96	92,45	93,03	97,01
Em relação ao PIB (%)	1,61	1,66	1,60	1,70	1,66	1,71
Em relação às receitas contribuições sociais (%)	13,92	14,01	14,12	13,96	13,47	14,17
Em relação às receitas contribuições sociais, exceto RGPS (%)	24,75	25,72	27,18	27,58	26,94	29,85
Gasto per capita (R\$ de dez/14, pelo INPC)	309,5 2	380,0 4	424,4 4	476,6 8	462,7 6	478,4 2

Nota: despesas do Ministério da Saúde, desconsiderados o pagamento de inativos, de juros, encargos e amortização de dívidas e transferências de renda às famílias.

Fonte: Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil e Fundação Anfip de Estudos da Seguridade Social e Tributária (2015)

A alocação de recursos caracteriza a prioridade que determinadas demandas alcançam na disputa alocativa dos orçamentos públicos, portanto, quando se observa os dados da Tabela 2 sobre a evolução das despesas da saúde no período selecionado, nota-se que eles apontam para um crescimento das alocações federais em relação aos itens como valores nominais. Assim, essas despesas iniciam-se com R\$ 57,01 bilhões no ano de 2005 e atingem o valor nominal de 97,01 bilhões no ano de 2014, ambas corrigidas pelo INPC de dez/2014, indicando uma tendência de crescimento dos valores per capita sob a mesma correção.

Na análise com base no crescimento do PIB, as alocações federais em saúde têm se mantido constantes em relação ao conjunto da economia, iniciando-se com 1,6% no ano de 2005 e mantendo-se com 1,7% do PIB no período de 2012 a 2014. Nesse sentido, é inegável que existem carências no financiamento do setor (Tabela 2).

Sobre a análise desse indicador, Piola et al. (2013), ao estudar a participação do gasto público em saúde das três esferas no PIB, no

período de 2000 e 2011 (2,89% para 3,91%), diz que essa participação aumentou em 1 ponto percentual, mas o incremento observado no indicador citado foi proveniente do aumento da participação dos estados e municípios no PIB, uma vez que, segundo demonstrado nas análises expostas, a participação da União permaneceu estável ao longo dos anos.

Tomando agora o gasto total (público e privado) em relação à porcentagem do PIB, constata-se que o gasto do Brasil não é dos mais baixos. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, no ano de 2012, o gasto total foi estimado em 9,5% do PIB, sendo esse valor próximo ao de países desenvolvidos. O gasto público que é de 4,5 % do PIB, ou seja, 47,5% do gasto total com a saúde é insuficiente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Os países que desenvolvem sistemas públicos apresentam gasto público com um percentual do gasto em saúde superior a 70%. Dessa maneira, configura-se um desafio para o Brasil chegar a um sistema universal de saúde, com atendimento integral, e responder as novas demandas geradas pelas mudanças econômicas, sociais e demográficas em curso. A ampliação dos gastos em saúde se mostra um elemento-chave para o financiamento atual e futuro do sistema de saúde brasileiro (PIOLA et al., 2013; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Na tabela 3 estão apresentadas as despesas do Ministério da Saúde, discriminando os seus principais itens, no período compreendido de 2005, 2008, 2010, e de 2010 a 2014.

Tabela 3- Evolução das despesas do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde pública, por subfunção de 2005, 2008, 2010, e de 2012 a 2014

	2005	2008	2010	2012	2013	2014
Administração geral	5.684	8.264	10.166	10.607	10.541	10.800
Assistência aos Povos Indígenas	7	398	427	831	1.068	1.133
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	30.277	35.760	41.272	44.592	42.917	45.197
Atenção Básica	9.896	12.067	13.507	16.413	16.610	19.348
Saneamento Básico Rural	140	412	238	209	183	171
Saneamento Básico Urbano	1.094	1.260	1.124	1.087	1.229	619
Suporte Profilático Terapêutico	4.953	6.664	7.913	9.814	10.561	10.357
Vigilância Epidemiológica	3.087	3.111	3.909	4.224	4.675	4.317
Vigilância Sanitária	310	383	368	378	356	352
Outras programações	2.116	2.191	2.425	2.727	3.248	3.384
Total	57.565	70.510	81.348	90.881	91.387	95.678

Nota: Valores em R\$ Milhões de dez/2014; Os Valores estão deflacionados pela média anual de preços de dezembro de 2014, conforme o Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna – da Fundação Getúlio Vargas (IGP-DI-FGV).

Fonte: Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil e Fundação Anfip de Estudos da Seguridade Social e Tributário (2015)

Pela tabela 3, percebe-se que, em 2014, foram alocados nesses programas R\$ 95,6 bilhões. A Assistência Hospitalar e Ambulatorial, com R\$ 45,1 bilhões e Atenção Básica, com R\$ 19,3 bilhões foram as programações que mais receberam recursos.

Mesmo com a expansão dos recursos da Atenção Básica, entre 2005 a 2014, em que estão incluídas as Equipes de Saúde da Família, laboratórios para exames e outros pontos de entrada dos usuários ao SUS, os valores, conforme vistos, ainda são insuficientes para manter um sistema de saúde resolutivo (VASCONCELOS; COSTA, 2014).

Outro problema é a distribuição regional e por especialidade dos profissionais médicos, o que torna a situação da saúde pública e privada de difícil administração, configurando-se como mais um

desafio a ser enfrentando pelo sistema de saúde. Na realidade, no Brasil, em 2013, a distribuição regional indicava que 22 estados estavam abaixo da média nacional e em cinco deles, havia menos de um médico por mil habitantes. Apenas São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Distrito Federal e Espírito Santo superavam a média nacional (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014; ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL; FUNDAÇÃO ANFIP DE ESTUDOS DA SEGURIDADE SOCIAL E TRIBUTÁRIO, 2015).

Para fins de comparação, segundo a Organização Mundial de Saúde, a Argentina tem 3,2 médicos por mil habitantes; Uruguai, 3,7; Portugal, 3,9; Espanha, 4,0; Reino Unido, 2,7; Austrália, 3,0; Itália, 3,5 e Alemanha, 3,6 (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL; FUNDAÇÃO ANFIP DE ESTUDOS DA SEGURIDADE SOCIAL E TRIBUTÁRIO, 2015).

Prosseguindo com essa análise, verifica-se que a concentração geográfica apontada para médicos é observada também para outros profissionais. Enquanto, no Distrito Federal e no Rio de Janeiro havia 2,1 enfermeiros registrados por mil habitantes, no Maranhão havia, em 2010, menos de um enfermeiro por mil habitantes, ou seja, 0,9 enfermeiros por mil habitantes (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014; ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL; FUNDAÇÃO ANFIP DE ESTUDOS DA SEGURIDADE SOCIAL E TRIBUTÁRIO, 2015).

Por sua vez, é importante registrar que, de acordo com a Tabela 3, em 2014, R\$ 45,1 bilhões dos recursos executados com ações e serviços de saúde pública foram destinados à Assistência Hospitalar e Ambulatorial, sendo que a maior parte destas ações é de alto custo, incluindo procedimentos e exames complexos prestados por convênios e prestadores privados.

A situação pode indicar que a privatização da saúde ocorre não somente por meio dos Planos Privados de Saúde, como também no interior do setor público, através da compra destes serviços no setor

privado, uma vez que, com o subfinanciamento histórico e o processo de expropriação do Fundo Público, o Estado brasileiro não desenvolveu investimento suficiente para a construção e a manutenção de uma rede hospitalar pública (VASCONCELOS; COSTA, 2014).

Portanto, as ações do Ministério da Saúde comportam uma polarização entre o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista: a reforma sanitária é citada por documentos do Ministério da Saúde e ganha espaço em sua agenda, mas, por outro lado, o subfinanciamento da saúde persiste, sendo, inclusive, no âmbito da Seguridade Social, o orçamento que mais decresce em números relativos, com sistemáticos desvios de recursos via DRU (BRAVO; MENEZES, 2013).

Considerações Finais

Conclui-se que as prioridades dadas ao capital portador de juros no capitalismo contemporâneo sustentaram a permanência de uma política neoliberal, pautada em políticas macroeconômicas restritivas que levaram a diminuição de gastos públicos como os direitos sociais, em destaque à saúde. Portanto, a rigor, observa-se um estado de afastamento da efetivação da política de direitos universais, o que vem determinando as difíceis condições de financiamento do SUS.

As opções das diferentes gestões do governo federal, de direcionar o fundo público para o mercado, deixam claro que o Estado tem priorizado a política econômica com seus interesses privados do capital, sob a dominância financeira, em detrimento da política social de direitos, como tem sido o caso da saúde. Nessa perspectiva, é possível dizer que as políticas da Seguridade Social foram direcionadas muito mais para processos de privatização, assistencialização e monetarização.

Assim, tomando-se como emprestada as indagações de Mendes (2012), em suas considerações finais do seu trabalho sobre tempos turbulentos na saúde pública brasileira, também se questiona: Como

assegurar fontes de recursos suficientes e seguras para a saúde pública brasileira, no âmbito do Estado manietado por constrangimentos da dinâmica do movimento do capital na contemporaneidade, sob o predomínio dos arautos do capital financeiro? Tenta-se aqui, não finalizar esse debate/reflexão, mas suscitar a elaboração de outros estudos com este olhar crítico, no sentido de dizer que ainda há muito que fazer para tornar o SUS universal e público e, sem dúvida, seus maiores desafios são políticos, pois supõem a garantia do financiamento do SUS, a redefinição da articulação público-privada e a redução das desigualdades de renda, de poder e de saúde.

Referências

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL. Fundação ANFIP de Estudos da Seguridade Social. **Análise da Seguridade Social 2014**. Brasília, DF, 2015.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL. Fundação ANFIP de Estudos da Seguridade Social. **Análise da Seguridade Social 2013**. Brasília, DF, 2014.

BEHRING, Elaine Rossetti. Crise do capital, fundo publico e valor. In: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine Rossetti; SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos; MIOTO, Regina Célia (Orgs.). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 13-33.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição

Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 14 jan. 2016.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o parágrafo 3º da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e outras providências, 2012. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 14 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão dos Recursos da saúde**: fundo de saúde. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>>. Acesso em: 20 out. 2015.

BRASIL. Senado Federal. **Promulgada Emenda Constitucional do Teto de Gastos Públicos**. 2016. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/12/15/promulgada-emenda-constitucional-do-teto-de-gastos>>. Acesso em: 16 dez. 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. (Orgs.). **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos**: desafios atuais. 2. ed. São Paulo: Cortez: 2013.

CHESNAIS, François (Org.). A finança mundializada, raízes sociais e políticas, configurações, consequências. In: CHESNAIS, François (Org.). **O capital portador de juros: acumulação**,

internacionalização, efeitos econômicos e políticos. São Paulo: Boitempo, 2005. p. 35-67.

FUNCIA, Francisco. Implicações da Emenda Constitucional n. 86/2015 para o processo de financiamento do Sistema Único de Saúde. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, Brasília, DF, n. 15, p.37-40, 2015b.

FUNCIA, Francisco. Nota de esclarecimento a respeito do cálculo das perdas decorrentes do início da vigência da nova regra da Emenda Constitucional nº 86/2015 para calcular a aplicação mínima da União em Ações e Serviços Públicos de Saúde.

Domingueira da Saúde, Campinas, n. 4, 12 de abril, 2015a.

Disponível em:

<<http://www.idisa.org.br/img/File/Domingueira%20da%20Sa%3%Bade%20-%200004%202015%20-%2012%2004%202015.pdf>>.

Acesso em : 22 jul. 2015.

GLOBEKNER, Osmir Antonio. **A saúde entre o público e o privado:** o desafio da alocação social dos recursos sanitários escassos. Curitiba: Juruá, 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA.

Saúde. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada:** Políticas sociais: acompanhamento e análise, Brasília, DF, n. 22, p. 143-224, 2014.

MARX, Karl. **El capital.** crítica de la economía política: libro III.

Tradução W. Roces. México: Fondo de Cultura Económica, 1987.

MARX, Karl. **O capital:** crítica da economia política: livro primeiro.

2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1985. Tomo 1. (Os Economistas).

MENDES, Áquilas Nogueira. A saúde pública brasileira num universo “sem mundo”: a austeridade da Proposta da Emenda

Constitucional 241/2016. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, p. 1-3, 2016b.

MENDES, Áquilas Nogueira. Os impasses do financiamento da seguridade social e da saúde brasileira no capitalismo contemporâneo em crise. ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA, 21., 2016. **Anais...** São Bernardo do Campo. São Bernardo do Campo: Sociedade Brasileira de Economia Política, 2016a.

MENDES, Áquilas Nogueira. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira**: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. São Paulo: Hucitec, 2012.

OLIVEIRA, Fabrício Augusto. **Economia e política das finanças públicas**: uma abordagem crítica da teoria convencional, à luz da economia brasileira. São Paulo: Hucitec, 2009.

OLIVEIRA, Francisco de. **Os direitos do antivalor**: a economia política da hegemonia imperfeita. Petrópolis: Vozes, 1998.

PIOLA, Sérgio F. et al. **Financiamento público da saúde**: uma história à procura de rumo. Brasília, DF/Rio de Janeiro: IPEA, 2013. (Texto para Discussão, 1846).

SALVADOR, Evilasio. Crise do capital e o socorro do fundo público. In: BOSCHETTI, Ivanete et al. (Orgs.). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010a. p. 35-63.

SALVADOR, Evilasio. Fundo público e o financiamento das políticas sociais no Brasil. **Serviço Social e Sociedade**, Londrina, v. 14, n. 2, p. 04-22, jan./jun. 2012.

SALVADOR, Evilasio. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 104. p. 605-631, out./dez. 2010b.

SALVADOR, Evilasio; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. Orçamento e políticas sociais: metodologia de análise na perspectiva crítica. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 18, n. 1. p. 15-32, jan./jun. 2014.

TEIXEIRA, Sandra Oliveira. Por trás do fundo menos público, o que está em jogo é a democracia. In: SALVADOR, Evilasio et al. (Orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012. p. 181- 208.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal; COSTA, Maria Dalva Horácio (Orgs.). **Por uma crítica da promoção da saúde**: contradições e potencialidades no contexto do SUS. São Paulo: Hucitec, 2014.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**: Nota Técnica, Brasília, DF, n. 28. p. 3-25, set. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics, 2015**. Geneva, 2015. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 16 dez. 2016.

Recebido em 30/12/2016 e
aceito em 11/04/2017.

Resumo: *Este artigo tem por objetivo apresentar o marco conceitual do fundo público, na garantia de direito a saúde pública universal, e o histórico do financiamento da política de saúde no Brasil, tencionando uma reflexão acerca do seu papel no capitalismo contemporâneo, numa perspectiva do financiamento da política de saúde no Brasil. O texto apresenta e analisa os dados do financiamento da saúde no período de 2005, 2008, 2010, e de 2012 a 2014, com base nos levantamentos provenientes de fontes oficiais da Associação Nacional dos Auditores Fiscais (ANFIP) e da Fundação ANFIP de Estudos da Seguridade Social. Conclui-se que as prioridades dadas ao capital portador de juros no capitalismo contemporâneo sustentaram a permanência de uma política neoliberal.*

Palavras-chave: *Recursos financeiros em saúde, Capitalismo, Financiamento da assistência à saúde, Direito à saúde.*

Title: *The public fund and financing of health policy in Brazil*

Abstract: *This article aims to present the conceptual framework of the public fund, in guaranteeing the right to universal public health, and the history of the financing of health policy in Brazil, with a reflection on its role in contemporary capitalism, with a view to financing the Health policy in Brazil. The text presents and analyzes health financing data for 2005, 2008, 2010, and 2012 to 2014, based on surveys from official sources of ANFIP - National Association of Tax Auditors and the ANFIP Foundation for Social Security Studies Social. It is concluded that the priorities given to interest-bearing capital in contemporary capitalism have sustained the continuation of a neoliberal policy.*

Keywords: *Financial resources in health, Capitalism, Healthcare financing, Right to health.*
