



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Maycon Rogério Grigio

**Políticas Econômicas e Políticas de Saúde no Brasil de 1979 a 2008: três décadas de contratemplos**

Rio de Janeiro

2009

Maycon Rogério Grigio

**Políticas Econômicas e Políticas de Saúde no Brasil de 1979 a 2008: três décadas de contratempos**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sulamis Dain

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

G857 Grigio, Maycon Rogério.

Políticas econômicas e políticas de saúde no Brasil de 1979 a 2008 / Maycon Rogério Grigio. – 2009.  
108f.

Orientadora: Sulamis Dain.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Financiamento – Teses. 2. Brasil – Política econômica – 1979-2008 – Teses. 3. Saúde pública – Financiamento – Brasil – Teses. 4. Política de saúde – Brasil – 1979-2008 – Teses. 5. Política tributária – Brasil – Teses. 6. Previdência social – Brasil – Teses. I. Dain, Sulamis. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.008.1(81)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Maycon Rogério Grigio

**Políticas Econômicas e Políticas de Saúde no Brasil de 1979 a 2008: três décadas de contratempos**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração em Política, Planejamento e Administração de Saúde

Aprovado em 22 de outubro de 2009

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sulamis Dain (Orientadora)  
Instituto de Medicina Social da UERJ

---

Prof. Dr. George Edward Machado Kornis  
Instituto de Medicina Social da UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Anna Maria de Souza Monteiro Campos  
Instituto de Medicina Social da UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Cecília de Sá Campello Faveret  
Ministério da Saúde

Rio de Janeiro

2009

## AGRADECIMENTOS

Ao estudar o tema da política social e econômica, cresci com os contatos institucionais e pessoais. A aproximação da área econômica somente foi possível pela orientação e por leitura direcionada. Seria impossível analisar a política fiscal no recorte, e muito audacioso estudar política econômica, sem me beneficiar de trabalhos importantes, elaborados desde os anos 1970. Assim, sou apenas um leitor destas fontes primárias, como Ricardo Carneiro, que faz uma base sistemática da macroeconomia nos últimos 20 anos do século passado.

Peço perdão por omissões e esquecimentos, mas não deixarei de nomear colaboradores. Os encontros em Umuarama, Paraná, na UNIPAR, enriquecidos por diálogos e companheirismo, me fizeram refletir sobre as relações aqui tratadas. Os mestrandos conviveram e eu vivi com eles as angústias e alegrias durante a construção de um novo saber. Sulamis Dain, George Edward Machado Kornis, que me ajudaram na aquisição desta nova perspectiva o filho para um grande salto intelectual. Ruben Araujo de Mattos, Jane Dutra Sayd, Cid Manso Vianna, Rosângela Caetano, Adriana Aguiar, Gabriela Mosegui e Luiz Antônio de Castro Santos, todos muitas vezes me atenderam com muita atenção e em muito me ajudaram nesta pós-graduação. Ao Antonio, e a todos da UNIPAR, que em tudo me auxiliaram durante os dois anos que juntos passamos, fico muito grato.

Registro também grande gratidão aos meus pais, Terezinha e Sergio, e irmãos, Cleber, Djeimis e Junior, berço familiar de conforto e gratidão para com este filho e irmão. Ao amigo Fernando, também sou grato. Juntamente a eles, acrescento Simone, para dedicar este trabalho.

## RESUMO

GRIGIO, Maycon Rogério. *Políticas econômicas e políticas de saúde no Brasil de 1979 a 2008: três décadas de contratempos*. 2009. 108f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Esta dissertação estuda as relações entre a política fiscal e o financiamento federal da saúde nas três últimas décadas – 1979 a 2008 –, considerando que o desconhecimento das políticas macroeconômicas, sobretudo da política fiscal, que restringe os recursos do SUS, impede a adequada compreensão de seus limites de financiamento. Para tanto, o trabalho acompanha a evolução dos sucessivos ajustes fiscais impostos ao país, para os quais foram desviados recursos de contribuições sociais destinadas às políticas de saúde, previdência e assistência social desde 1988. O embate entre as duas lógicas – econômica e social – ainda presentes no Brasil de hoje é uma explicação, senão a mais importante, para a virtual paralisia dos avanços do SUS no campo do financiamento, em franca contradição com os avanços de concepção do sistema, no campo da gestão e da descentralização.

Palavras-chave: Financiamento federal do SUS. Política fiscal. Brasil. Seguridade social.

## **ABSTRACT**

This research work examines the relationship between fiscal policy and federal financing of health in the last three decades – from 1979 to 2008 – considering the lack of macroeconomic policies, especially tax policy, that restricts the features of SUS, prevents the proper understanding of its limits of funding. Thus, the work follows the evolution of successive fiscal adjustments taxes to the country for which they were diverted resources from social contributions, for health policies, welfare and social assistance since 1988. The clash between the two approaches – economic and social – even in contemporary Brazil, is an explanation, if not the most important one, for the virtual paralysis of the SUS progress, in the field of finance, in a public contradiction to the progress of the system's concept, in the field of management and decentralization.

Key words: Federal financing of the SUS. Fiscal policy. Brazil. Social security.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo de análise.....	21
Gráfico 1 - Carga tributária na OCDE e no Brasil, 1994-1995.....	54
Gráfico 2 - Evolução da dívida líquida do setor público [posição de dezembro (% do PIB)].....	59
Gráfico 3 - Carga tributária.....	61
Gráfico 4 - Contribuição social sobre o lucro líquido – CSLL. Brasil, 1989-2000 (em R\$ bilhões, fev. 2001).....	68
Gráfico 5 - Evolução da CSLL, CPMF E Cofins, Brasil: 1987-2000.....	69
Gráfico 6 - Gasto do MS: Cenário de vinculação à variação do PIB <i>versus</i> cenário de vinculação da CSLL, CPMF e Cofins, à relação (%) existente em 1996 (39,17%) Brasil: 1996-2001.....	69
Gráfico 7 - Participação da CPMF e FEF nos gastos do Ministério da Saúde.....	88
Gráfico 8 - Evolução das Fontes de Financiamento – Ministério da Saúde.....	89

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Carga tributária (% do PIB), 1980-1984.....	41
Tabela 2 -	Carga tributária (% do PIB), 1985-1989.....	41
Tabela 3 -	As contribuições sociais em 1997.....	56
Tabela 4 -	Receita disponível do Governo Federal.....	56
Tabela 5 -	Ministério da Saúde: distribuição percentual das fontes de financiamento, 1993/1999.....	87
Tabela 6 -	Ministério da Saúde: distribuição do gasto, segundo a fonte dos recursos, 1993/1999 (em R\$ milhões, dez. 1999).....	89

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	11
1	<b>ASPECTOS CONCEITUAIS.....</b>	24
1.1	<b>Política econômica: perspectiva keynesiana.....</b>	24
1.2	<b>Política social e seguridade.....</b>	27
1.3	<b>Políticas de saúde: Brasil .....</b>	29
2	<b>POLÍTICA ECONÔMICA .....</b>	32
2.1	<b>Uma breve análise das políticas econômicas de 1979 A 2002 no Brasil...</b>	32
2.1.1	<u>O padrão de financiamento durante o II PND.....</u>	32
2.1.1.1	As dimensões do financiamento interno.....	35
2.1.2	<u>Crise: ruptura do financiamento externo.....</u>	35
2.1.2.1	A crise da dívida.....	36
2.1.2.2	Ruptura do financiamento externo e transferência de recursos para o exterior.....	37
2.1.3	<u>Restrição cambial e crescimento econômico.....</u>	38
2.1.4	<u>O desequilíbrio do setor público.....</u>	39
2.1.4.1	Esgotamento do financiamento externo e desequilíbrio das finanças públicas (1980-1984).....	40
2.1.4.2	A crise das finanças públicas (1985-1989).....	41
2.1.5	<u>Crise monetária e hiperinflação.....</u>	42
2.1.6	<u>Desaceleração do crescimento.....</u>	43
2.1.6.1	Instituições e atores relevantes.....	44
2.1.6.2	Os anos 1990 e a integração da periferia.....	44
2.1.7	<u>Abertura financeira, balanço de pagamento e financiamento.....</u>	45

2.1.8	<u>Abertura comercial, desnacionalização e dinâmica do crescimento.....</u>	46
2.1.8.1	Abertura e estrutura da propriedade: desnacionalização e privatização.....	46
2.1.8.2	Dinâmica do crescimento.....	47
2.1.9	<u>Antecedente e pré-requisitos do Plano Real.....</u>	47
2.1.9.1	Impactos do Plano Real: inflação, preços relativos, câmbio e juros.....	48
2.1.9.2	Impactos do Plano Real: consumo, saldo comercial, saldo primário, investimentos.....	49
2.1.9.3	Impactos do Plano Real: a dívida pública.....	49
2.2	<b>Um pouco mais sobre a política econômica das décadas de 1990 e 2000.</b>	50
2.2.1	<u>A hipotrofia da política econômica de longo prazo nos anos 1990.....</u>	50
2.2.2	<u>O Real.....</u>	51
2.2.3	<u>Reforma tributária e da Previdência.....</u>	53
2.2.4	<u>A política fiscal em 2003.....</u>	57
3	<b>O IMPACTO DA POLÍTICA ECONÔMICA SOBRE A POLÍTICA SOCIAL.....</b>	63
3.1	<b>Contingência de recursos.....</b>	63
3.2	<b>Seguridade Social.....</b>	65
3.3	<b>Mudanças no padrão de financiamento e tributação: impostos e contribuições sociais, o nicho do OSS.....</b>	67
4	<b>FINANCIAMENTO FEDERAL DO SUS.....</b>	72
4.1	<b>Aspectos constitucionais e legais do financiamento da Saúde.....</b>	72
4.2	<b>Gestão financeira federal do SUS.....</b>	80
4.3	<b>O Financiamento do SUS: a década de 1990.....</b>	84
4.4	<b>Governos estaduais brasileiros: fragilidade fiscal e financeira e suas implicações para o processo de financiamento e regulação das relações intergovernamentais do SUS.....</b>	90

5	<b>CONCLUSÃO</b> .....	94
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	100

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação foi escrita nos anos de 2008 e 2009, e será apresentada como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, área de concentração em Política, Planejamento e Administração de Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Este trabalho encaminha as relações entre as políticas econômicas das três últimas décadas – 1979 a 2008 – e o financiamento federal da saúde, tentando avaliar em que medida a política econômica tem constituído uma restrição ao financiamento do SUS. Nessas décadas, alguns momentos são particularmente relevantes em termos de políticas econômicas, no que diz respeito ao questionado acima. Neste sentido, é feita uma análise do período, buscando-se quando estas políticas econômicas restringem o financiamento federal da saúde.

Não são muitos os autores que conectam a questão das finanças públicas e as políticas fiscais macroeconômicas com a questão do financiamento da saúde. Ao contrário, a tradição hegemônica da economia da saúde volta-se para as questões microeconômicas, como as análises de preços e custos, as várias modalidades de avaliação – custo-benefício, custo-efetividade – priorizando tais temas e desconhecendo a temática macroeconômica que limita os recursos disponíveis para a concretização do sistema público e universal de saúde previsto na Constituição de 1988.

As finanças destinadas à saúde no Brasil vindas do Orçamento Geral da União têm como objetivo apoiar o Ministério da Saúde com recursos que possam garantir o acesso universal, integral e equitativo à saúde. A política social e seu financiamento são percebidos, no contexto político-ideológico da política econômica, como ônus para sociedade, e como responsáveis por um desequilíbrio das contas públicas. Nesta perspectiva, apresenta-se como natural a precedência da política econômica sobre a política social. Isto gera um conjunto de consequências nefastas que afetam a capacidade de gerar recursos estáveis e suficientes para o financiamento da Saúde.

De fato, evidenciar as relações entre políticas macroeconômicas e o financiamento federal da saúde nesse recorte, apresentadas como inevitáveis, e examinar os impactos no financiamento federal do SUS provocados pelas manobras fiscais, é um passo necessário para

gerar a consciência dos entraves e propor sua superação. Cabe também atualizar o debate para os anos 2000, apresentando tendências recentes e perspectivas.

A saúde constitui um direito social básico para as condições de cidadania da população. Em um país desenvolvido, seus cidadãos são saudáveis, o que depende tanto da organização e do funcionamento do sistema de saúde quanto das condições gerais de vida associadas ao modelo de desenvolvimento vigente.

Não basta ter uma economia dinâmica, com elevadas taxas de crescimento e participação crescente no comércio internacional, se o modelo de desenvolvimento não contemplar a inclusão social, a reversão das iniquidades entre as pessoas e as regiões, o combate à pobreza e a participação e organização da sociedade na definição dos rumos da expansão pretendida. (BRASIL. Ministério..., 2008, p. 5). Em documento, o Ministério da Fazenda (BRASIL. Ministério..., 2003, p. 15-16) demonstra a importância da saúde no desenvolvimento e crescimento econômico.<sup>1</sup> E também se preocupa com a eficácia e eficiência das políticas sociais na redução da pobreza,<sup>2</sup> embora a prática concreta da política econômica negue recorrentemente este reconhecimento e priorização.

A Constituição de 1988, ao instituir a seguridade social,<sup>3</sup> torna pública a responsabilidade pelos direitos sociais à educação, à saúde, ao trabalho, à moradia, ao lazer, à segurança, à previdência social, proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados. Também formaliza a competência da União para legislar sobre Seguridade Social (CF 1988, inciso XXIII do art. 2), como “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: cuidar da saúde e assistência pública” (CF 1998, inciso II do art. 23), e não é demais lembrar a redação do inciso II, artigo 24 da CF de 1988: “Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre o orçamento”.

---

<sup>1</sup> Estudos recentes apontam a existência de impactos negativos da desigualdade e de baixos indicadores de escolaridade e acesso a bens e serviços básicos, como saúde, sobre o investimento e o crescimento econômico. De modo geral, países com melhor acesso à educação e saúde tendem a apresentar maior renda *per capita* no longo prazo. Existe também evidência empírica de que economias mais desiguais apresentam maior sensibilidade a choques externos de oferta, positivos ou negativos. Em ambos os casos, após o choque, a taxa média de crescimento da economia tende a apresentar pior comportamento quanto maiores forem os indicadores de desigualdade do país. Dessa forma, o enfrentamento dos problemas sociais deve ser visto como parte central do programa econômico do governo e não como componente adicional, constituindo fator fundamental para a retomada do crescimento em bases sustentáveis e socialmente mais justas. (BRASIL. Ministério..., 2003, p. 15-16).

<sup>2</sup> Para tanto, é necessário direcionar esforços para a sistematização de informações e o aperfeiçoamento de sistemas de avaliação que permitam identificar as políticas com maior potencial para reduzir a desigualdade e a pobreza no Brasil. Ressalte-se que tornar o gasto social focalizado, eficiente e eficaz é um dos itens de uma política para a redução das desigualdades. (BRASIL. Ministério..., 2003, p. 52).

<sup>3</sup> “[...] esta consiste justamente num pacto pelos quais os desiguais habitantes de um país reconhecem na cidadania uma medida de igualdade, não apenas formal, mas substantiva, que a todos capacita ao gozo do patrimônio comum de uma vida digna e civilizada”. (VIANNA, 2000).

O direito à saúde, nos termos do art. 196 da CF 88, pressupõe que o Estado deve garantir não apenas serviços públicos de promoção, proteção e recuperação da saúde, mas adotar políticas econômicas e sociais que melhorem as condições de vida da população.

As ações e serviços de saúde, independentemente da esfera de governo (responsável), são financiados com recursos da União, próprios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos contemplados no Orçamento da Seguridade Social. Os recursos são repassados por meio de transferências regulares e automáticas, por serviços, convênios, contratos de repasse e instrumentos similares. (BRASIL. Ministério..., 2003, p. 13). Os recursos públicos destinados às ações e serviços de saúde devem ser aplicados, obrigatoriamente, por meio dos Fundos de Saúde, sendo acompanhados na sua destinação e utilização.

O não-cumprimento dos limites mínimos estabelecidos pela Constituição Federal<sup>4</sup> está sujeito a sanções, que vão desde a retenção das transferências do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e dos Municípios (FPM), até a intervenção da União no estado, no Distrito Federal e nos municípios e/ou da União ou dos estados nos municípios, bem como a cassação de mandatos.

“Há vinte anos, o Sistema Único de Saúde brasileiro apresenta dificuldades em garantir recursos estáveis e suficientes para seu financiamento”. (DAIN, 2007, p. 1852). As finanças destinadas à saúde no Brasil vindas do Orçamento Geral da União<sup>5</sup> têm objetivo

---

<sup>4</sup> O texto da Emenda Constitucional nº. 29/ 2000 estabelece a possibilidade de intervenção da União nos estados e no Distrito Federal, de intervenção dos estados nos municípios, para assegurar a aplicação mínima de receita resultante de impostos estaduais municipais, respectivamente, em ações e serviços públicos de saúde.

<sup>5</sup> O Orçamento Geral da União (OGU) é formado pelo Orçamento Fiscal, da Seguridade e pelo Orçamento de Investimento das empresas estatais federais. Existem princípios básicos – unidade, universalidade, anuidade – que devem ser seguidos para elaboração e controle do orçamento que estão definidos na Constituição, na lei nº 4.320/ 64, no Plano Plurianual e na Lei de Diretrizes Orçamentárias. A Constituição Federal de 1988 atribui ao Poder Executivo a responsabilidade pelo sistema de planejamento e orçamento, que tem a iniciativa dos seguintes projetos de lei: Plano Plurianual (PPA); Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamento Anual (LOA). O Projeto de Lei PPA define as prioridades do governo por um período de quatro anos e deve ser enviado pelo presidente da República ao Congresso Nacional até o dia 31 de agosto do primeiro ano de seu mandato. De acordo com a Constituição Federal, o projeto de lei do PPA deve conter “as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração contínua”. O PPA estabelece a ligação entre as prioridades de longo prazo e a Lei Orçamentária Anual. O Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) deve ser enviado pelo Poder Executivo ao Congresso Nacional até o dia 15 de abril. A LDO estabelece as metas e prioridades para o exercício financeiro subsequente; orienta a elaboração do Orçamento; dispõe sobre alterações na legislação tributária; estabelece a política de aplicação das agências financeiras de fomento. Com base na LDO aprovada pelo Legislativo, a Secretaria de Orçamento Federal elabora a proposta orçamentária para o ano seguinte, em conjunto com os ministérios e suas unidades orçamentárias dos poderes Legislativo e Judiciário. A lei orçamentária disciplina todas as ações do Governo Federal. A Constituição determina que o Orçamento deve ser votado e aprovado até o final de cada Legislação. Depois de aprovado, o projeto é sancionado pelo presidente da República e se transforma em lei. A Lei Orçamentária brasileira estima as receitas e autoriza as despesas de acordo com a previsão de arrecadação. Se durante o exercício financeiro houver necessidade de realização de despesas acima do limite que está previsto na Lei, o Poder Executivo submete ao Congresso nacional projeto de lei de crédito adicional. Por outro lado, crises econômicas mundiais obrigam o Poder Executivo a editar Decretos com limites financeiros de gastos abaixo dos limites aprovados pelo Congresso. São chamados de Decretos de Contingenciamento, em que são autorizadas despesas no limite das receitas arrecadadas. Disponível em:  
[http://www.planejamento.gov.br/orcamento/conteudo/sistema\\_orcamentario/como\\_efeito.htm](http://www.planejamento.gov.br/orcamento/conteudo/sistema_orcamentario/como_efeito.htm).

apoiar o Ministério da Saúde com recursos que possam garantir o acesso universal, integral e equitativo à saúde.

Teixeira e Teixeira (2003) descrevem um contexto de demanda crescente e de restrição orçamentária. Os recursos são escassos, as possibilidades de utilização de subterfúgios de administração financeira são limitadas e, por isso, é preciso planejar as ações a serem desenvolvidas. A política social e seu financiamento, como podemos verificar em Dain (2001, 2007), são percebidos por um movimento político-ideológico da política econômica, como ônus para a sociedade, e como responsáveis por um desequilíbrio das contas públicas, apresentando-se como natural a precedência da política econômica sobre a política social.

A concepção institucional do SUS espelha um novo paradigma para a organização do Estado e a formulação de políticas públicas. Sua execução não só requer, mas também provoca inovações contínuas, do ponto de vista do pacto federativo, do controle social, dos instrumentos de gestão e negociação e da incorporação progressiva de novos segmentos do Estado brasileiro no processo.

Para evidenciar as relações entre política macroeconômica e o financiamento federal do SUS, assumimos a estrutura institucional e decisória nacional do SUS – este, como um conjunto de interesses manifestos em torno aos encaminhamentos da questão do financiamento, composto pelo Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Comissão Tripartite, CONASS e CONASEMS. Estes integram a estrutura legal do Poder Executivo (Gestão do SUS).

A presente dissertação estudou o financiamento federal do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) tendo como aspecto inovador a integração da dimensão macroeconômica, usualmente apresentada como campos de estudo distintos os temas da política tributária e fiscal, tratando das relações entre política fiscal e da Seguridade Social. Também examinou a temática da política pública da Saúde em sua relação com o tratamento conjuntural das políticas fiscais de ajuste. E teve por objetivo geral:

- Evidenciar, pela análise de abrangência nacional, as relações entre políticas macroeconômicas e o financiamento federal da Saúde nas últimas três décadas;
- Examinar a política fiscal brasileira de 1979 a 2008; e
- Descrever os impactos da política fiscal no financiamento federal do SUS provocados pelas políticas macroeconômicas das três últimas décadas – 1979 a 2008.

A tradição hegemônica dentro da economia da saúde volta-se para as questões microeconômicas. Vianna (1998) fez um inventário dos estudos e pesquisas sobre aspectos

econômicos do setor pesquisados entre 1986 e 1995. Selecionou 185 produções intelectuais no campo de economia da saúde nas seguintes áreas temáticas: economia e financiamento da saúde; custos; estudos de oferta e demanda; avaliação econômica; gestão; modelo assistencial; descentralização; produtividade, eficiência e qualidade; e reforma setorial.

Não são muitos os autores que conectam a questão das finanças públicas e as políticas fiscais macroeconômicas com a questão do financiamento da saúde. Dentre eles, Azevedo e Melo (1997), Lima (2006, 2007), Vianna e Magalhães (2000), Dain (2000, 2007), IPEA (2007), Ugá (2005) e Gadelha (2003, 2006).

Azevedo e Melo (1997) discutem o processo decisório no Legislativo envolvendo as negociações políticas sobre as propostas de reforma encaminhadas pelo Executivo federal na primeira metade dos anos 1990 e os desdobramentos relativos à Lei Kandir. Lima (2006) aborda as relações entre o federalismo fiscal e o financiamento do SUS no período de 1990 a 2002. Lima (2006) faz um breve balanço do Pacto pela Saúde e construção de alternativas para a partilha intergovernamental de recursos na saúde.

Os achados do trabalho de Vianna e Magalhães (2000) mostram que o sistema tributário opera de maneira regressiva sobre a população, recaindo, em termos relativos à renda, mais fortemente sobre as camadas de menor renda do que sobre as classes de renda mais elevada. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais e torna disponíveis, para a sociedade, elementos necessários ao conhecimento e solução dos problemas econômicos e sociais do país. Inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro são formulados a partir dos estudos e pesquisas realizados pelas equipes de especialistas do IPEA.

Em Dain (2001, 2007), verificamos a evolução do SUS do ponto de vista de seu padrão de financiamento, apresentando as relações entre a política fiscal e da Seguridade social. Ugá (2005) apresenta como o modelo neoliberal de intervenção no campo da política social, num novo contexto internacional, ocupa o espaço progressivamente a partir da década de 1980. Gadelha (2003, 2006) apresenta a noção de que o complexo industrial da saúde constitui uma tentativa de fornecer um referencial teórico que permita articular duas lógicas distintas, a sanitária e a do desenvolvimento econômico. Isso porque a saúde, simultaneamente, constitui um direito de cidadania e uma frente de desenvolvimento e de inovação estratégica na sociedade de conhecimento.

O financiamento público da Saúde é responsável pelo entrelaçamento virtuoso da política social e da política de desenvolvimento. Do ponto de vista das relações financeiras

intergovernamentais, a criação do SUS materializou o esquema tripartite de financiamento federativo da Saúde, pretendendo integrar os recursos federais do OSS e do OGU aos recursos fiscais de estados e municípios. (DAIN, 2007, p. 1852-1853).

O desconhecimento da capacidade de alavancagem do investimento em saúde faz paralelo com as políticas macroeconômicas do Brasil. Na base das constatações feitas em 2001 pelos seis grupos de trabalho da Comissão sobre Macroeconomia e a Saúde (CMS), estabelecida pela OMS em 2000, e dos 95 estudos por eles elaborados, a Comissão concluiu que um investimento suplementar na saúde da ordem de 66 mil milhões de dólares por ano gerará um mínimo de 360 mil milhões anuais. (ORGANIZAÇÃO..., 2003).

O surgimento e o desenvolvimento do financiamento do Sistema Único de Saúde brasileiro ocorrem em paralelo a movimentos muito acentuados de políticas econômicas de cunho fiscal, voltadas para a estabilização econômica e centradas no ajuste fiscal. Assim, a política econômica é determinante do espaço da política social, em geral restrito. Nesta mesma perspectiva, o trabalho problematiza os efeitos das políticas econômicas no financiamento federal da saúde, desde sua formulação e inscrição constitucional como política pública e universal de saúde em 1988 até os dias de hoje.

O SUS é o maior projeto público de inclusão social em duas décadas. Seus avanços sobrevivem ao: drástico subfinanciamento público; a uma substancial participação dos recursos públicos no crescimento do mercado de planos e seguros privados; à fragmentação dos repasses federais; ao engessamento do orçamento dos estados por conta das políticas econômicas nacionais; à regulamentação da emenda constitucional (EC-29); ao programa de aceleração da saúde; e à reforma tributária, entre outras características.

Nestas três décadas, o Brasil pretendeu praticar a austeridade fiscal, incorrendo, entretanto, em equívocos de condução de política que resultaram em vultosa dívida pública. A dívida pública não tem origem fiscal, e sim financeira. Mas houve o aceite passivo da subtração da receita fiscal (sobretudo das contribuições sociais destinadas ao financiamento da Seguridade Social e da Saúde) para pagamento dos encargos financeiros dessa dívida.

No plano ideológico, os formuladores e beneficiários da política macroeconômica transmitem à sociedade a visão de que a variável déficit público é a raiz de todos os problemas econômicos, e que tem origem fiscal, no excesso de gasto público, produzindo avaliações injustas sobre o caráter perdulário da Constituição Federal de 1988. A equivocada política de juros, geradora de dívida pública, busca um equilíbrio fiscal que contingencia o Estado de Bem-Estar. São omitidas considerações sobre a natureza da intervenção estatal na economia, sobre a composição das despesas públicas, ou sobre as decisões econômicas dos

agentes beneficiados com as despesas públicas, que tornariam clara a origem da dívida e explicitariam os equívocos de formulação da política fiscal.

O momento inicial da análise é a segunda metade da década de 1970. Estes momentos são escolhidos pelas circunstâncias em que as políticas macroeconômicas efetuadas provocam mudanças de rumo. As políticas efetuadas tiveram como base o cenário econômico mundial, refletindo para dentro da nação uma redução do seu crescimento. Nesse período, temos três fases distintas:

1. A segunda metade dos anos 1970, marcado pela crise da ordem de Bretton Woods e a peculiar resposta brasileira por meio do II PND, durante a qual se assiste à derrocada do nacional-desenvolvimentismo;
2. Os anos 1980, caracterizados pelas crises da dívida dos países periféricos e a transferência de recursos ao exterior, cujo resultado foi a crescente desorganização da economia brasileira, incluindo a hiperinflação;
3. E, por fim, a década de 1990, na qual o traço distintivo é a implantação de políticas de liberalização visando ao estabelecimento de um padrão de crescimento centrado numa nova inserção internacional e na redefinição do papel do Estado, cujos resultados principais foram a estabilidade inflacionária e o baixo dinamismo econômico.

Política, que é a ciência de bem governar um povo constituído em Estado, que no Brasil é democrático, com poder exercido pelo poder público, via representante conduzido ao poder diretamente pelo povo. A política social tem-se apresentado como uma política fundamental para o bem-estar<sup>6</sup> dos cidadãos. Quando o Estado busca, em suas realizações, o atendimento a necessidades sociais básicas da população, seja pelas garantias e ações concernentes a assistência social, saúde, educação, segurança, etc., verifica-se a implementação e efetivação da política social por parte daquele. A preocupação primordial do Estado é assegurar a perpetuação da força física trabalhadora, não priorizando o social em benefício do empregado, mas investindo o capital recolhido em benefício de outros. Transferindo parte do preço da força de trabalho que é devida ao empregado, principalmente para investir no capital privado lucrativo, denota-se uma contradição entre os relevantes fins objetivados pela política social.

A política social e seu financiamento, naturalmente, são colocados numa sinecura por parte de um movimento político-ideológico da política econômica, como se fosse uma carga

---

<sup>6</sup> Segundo a CF 88, art. 193, “a ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça social”.

para a sociedade, sendo responsável por uma intranquilidade das contas públicas, apresentando uma naturalidade da superioridade da política econômica sobre a política social.

Sobre as questões de natureza estrutural, vale dizer, a política econômica é restritiva à expansão do SUS e à construção da integralidade da atenção à saúde, já que este é um setor do governo eminentemente “gastador”, indo assim de encontro à lógica macroestrutural adotada pelas políticas econômicas do período. Se este é um fator inquestionável, por outro lado torna-se questionável se, em havendo mais recursos para a saúde, estes seriam alocadas de forma a obedecer aos preceitos da equidade, universalidade e integralidade, tal como reza a Constituição de 1988. (COHN, 2008, p. 2.022).

O orçamento reflete uma escolha de prioridades do governo em relação aos gastos financiados com recursos fiscais. A partir das metas de superávit primário,<sup>7</sup> o governo restringe o gasto com contas típicas do campo fiscal – saúde, educação, segurança, assistência social, etc. – financiado com receita vinda de impostos, contribuições e empresas. Ao aceitar essas metas e subordinar tudo mais ao cumprimento desse pacto, estamos fazendo uma inversão daquilo que a seguridade social propõe, que é primazia social: estabelecer a relevância social sobre todas as outras políticas.

O esgotamento das formas de financiamento, de incentivos e de proteção, responsáveis pela sustentação do desenvolvimento industrial brasileiro por mais de 50 anos, acompanhado de crise financeira e fiscal do Estado, imobilizou sua capacidade de coordenação e de indução. Todos os casos bem-sucedidos de avanço industrial e produtivo têm um traço comum: intencionalidade e coordenação pública.

O II PND é a resposta brasileira à crise da ordem de Bretton Woods, uma alternativa seguida pelo Brasil, marcada por uma clara opção de preservar o crescimento e ampliar a diversificação da estrutura produtiva. Segundo Carneiro (2002, p. 53), da perspectiva dos países subdesenvolvidos, há dois fatores particularmente graves: a elevação do preço do petróleo e o aumento substantivo das taxas de juros.

Diante do desequilíbrio do balanço de pagamentos, três alternativas se colocavam: reduzir a demanda doméstica mediante o ajuste recessivo clássico, expandi-la à custa de um endividamento externo maior ou comprimir o consumo em favor do investimento. A opção pela segunda alternativa, apesar de atrasar o ajustamento, atendia à estratégia de legitimação do regime militar, pois, de fato, constituía a possibilidade de preservar ao máximo os interesses domésticos que lhes davam sustentação.

---

<sup>7</sup> O superávit primário é a economia feita para pagamento de juro da dívida de um governo. Como no orçamento doméstico, as contas públicas têm receitas e despesas; quando a diferença entre esses dois itens é positiva (sobra de caixa para o governo), os recursos são usados para o pagamento de juros e quitação de parte das dívidas. Essa tentativa de reduzir o endividamento é feita com base no superávit primário.

Entre 1979 e 1980, temos um novo choque do petróleo, associado à contração de liquidez e à subida dos juros. Um déficit em transações reais, ampliado com racionamento dos empréstimos, leva à queima de reservas para o fechamento das contas externas. A partir de então, os juros se mantêm elevados, em termos nominais e reais, e o financiamento é cada vez mais escasso, até sua ruptura em 1982.

O Brasil, dada a situação de fragilidade de suas contas externas, pagou um preço elevado em termos de sacrifício do seu crescimento econômico. Nesse período, temos etapas da restrição do financiamento externo, desde os anos 1979-1982 – com absorções de recursos reais, e os racionamentos são feitos pelo mercado –, até a etapa seguinte (1983-1989), com crescentes transferências de recursos para o exterior para pagamento da dívida externa. O elevado grau de mobilidade dos capitais é apontado como elemento central na configuração da ordem econômica internacional após 1979 – globalização. Essa ordem econômica caracteriza-se por eliminação progressiva as restrições a essa mobilidade. (CARNEIRO, 2002, p. 116).

A política monetária restritiva e o conseqüente aumento dos juros domésticos, juntamente com o decréscimo do PIB durante o período, levam ao aumento dos juros da dívida interna. Aos encargos da dívida externa, combinam-se aumento dos juros internacionais e a maxidesvalorização cambial de 1983. Mesmo com juros altos, o déficit é declinante, o que supôs realização de superávits primários crescentes no período.

A tendência de baixo crescimento acentua-se nos anos Collor e de Fernando H. Cardoso. No decorrer da década de 1990, houve uma ação de liberalização da economia brasileira, tendo como grandeza mais significativa a abertura financeira. Uma consequência da abertura financeira foi a ampliação da substituição monetária. Houve um período mais intenso da abertura da economia brasileira, após 1994, com pouca contribuição para o aprofundamento financeiro.

Segundo Gustavo Franco, ex-presidente do Banco Central (Bacen), 1993-1994 é um período imediatamente antes do final de um ciclo de vários planos econômicos. O Brasil, nessa ocasião, tentava combater uma das maiores inflações presentes no mundo, com um acumulado 20.759.903.275.651% num período de 15 anos – abril de 1980 até 1995. Além do recorde mundial de imposto indireto, tivemos uma grande concentração de renda. (TV CÂMARA, 2007). O programa de estabilização posto em prática a partir de 1994 utiliza a fixação do valor externo da moeda – a relação de equivalência ou taxa de câmbio da moeda local com o, compulsoriamente, dólar – como meio de alcançar a estabilidade do valor interno

da moeda – constância do poder de compra nominal da moeda doméstica ante uma canastra de bens.

Na interpretação heterodoxa [...] a inflação origina-se das variações da taxa de câmbio e seus impactos diretos e indiretos nos preços, bem como de seus efeitos na deterioração das contas públicas. [...] A inflação brasileira na década de 1980 ilustra com precisão essa hipótese. (CARNEIRO, 2002, p. 361).

A estabilidade da moeda traria perda líquida e certa para as finanças públicas [...]. Como medida preventiva para enfrentar o esperado aumento de gastos, o governo criou o Fundo Social de Emergência – FSE, [...] com objetivo central [...] de criar um instrumento capaz de esterilizar os acréscimos de despesas oriundas da estabilização, evitando o surgimento de déficits. O seu volume total era de 20% da receita, dos quais três quartos correspondiam à receita já existente, originária das transferências automáticas (receitas vinculadas), e um quarto a novas receitas oriundas de aumento da carga tributária. Dessa forma, o FSE era essencialmente um mecanismo de desvinculação de receita e ampliação da capacidade da União para cortar gastos. (CARNEIRO, 2002, p. 365).

As políticas macroeconômicas implantadas no ano 1994 tiveram duração até 2002, quando muda o governo federal. Na análise das políticas econômicas nas três últimas décadas, recortando os principais momentos restritivos, verificamos que sua linearidade não seguiu sem crítica, como apresentam a organização de Pinto e Biasoto (2006) e de Magalhães, Mineiro e Elias (1999).

Todos os dias temos escolhas de priorização, como no orçamento<sup>8</sup> da União, que reflete tal escolha de prioridades. As políticas sociais só aparecem como fonte de pressão sobre o orçamento pelo fato de que o governo prioriza o orçamento pelo superávit primário tornando-o restritivo. Ao se escolher colocar no final da fila o pagamento de juros e iniciar pelo cumprimento da primazia social, ocorreria uma inversão da responsabilidade pelo déficit público. Mas, como de fato o governo prioriza o pagamento de juro, a política social recebe o ônus de causador de déficit, responsável por pressões indevidas sobre o gasto público. Se o governo construísse o orçamento decidindo pelas políticas sociais, faltaria dinheiro para o superávit primário, então o pagamento de juro será responsabilizado pelo déficit público. Esta dissertação está escrita na perspectiva da priorização da política social.

A emergência de um saber social associado a uma exigência metodológica, com informações passíveis de serem verificadas, refutadas ou discutidas em relação ao mundo empírico é assistido no século XVIII. Sua demarcação – ciências sociais – se opera pela

---

<sup>8</sup> Os orçamentos estatais ou públicos são representações dos diversos gastos de um governo; gastos que envolvem saúde, educação, transporte, segurança e defesa, essencialmente; uma das principais funções do poder político é definir o orçamento a partir das receitas geradas pelo imposto e outras formas de arrecadação. Essa atribuição recai tanto sobre o Poder Executivo quanto sobre o Poder Legislativo, nas democracias: o Executivo propõe a fiscaliza a execução do orçamento, e o Legislativo analisa e o aprova. No Brasil, a partir de CF 1988, o chefe do Poder Executivo possui a competência de iniciar as leis que estabelecerão o Plano Plurianual (PPA), a Diretrizes Orçamentárias (LDO) e o Orçamento (LOA). No Brasil, o órgão responsável pela elaboração e acompanhamento do orçamento público federal é a Secretaria de Orçamento Federal (SOF), do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG).

adoção de um projeto semelhante ao das ciências: “desenvolver um conhecimento secular sistemático”.

Cada forma (quantitativa ou qualitativa) de medida ou de materiais empíricos possui limites teóricos (para além de seus limites práticos) relativamente aos diferentes aspectos dos diferentes objetos. O que conta não é o tipo de dado que se utiliza, mas como se constrói a pesquisa. Tanto a pesquisa quantitativa quanto as qualitativas estão abertas aos diferentes objetivos do pesquisador e podem participar plenamente desta finalidade. Sob certo ângulo, a pesquisa qualitativa como tal se caracteriza tão simplesmente pelo fato de se constituir fundamentalmente a partir de um material empírico qualitativo, isto é, não tratado sob a forma de números. (NASSER, 2008, p. 80-90).

A base desta pesquisa é a análise do financiamento do SUS e seu nexos com a política macroeconômica, com ênfase nos processos de ajuste fiscal. O trabalho examina o conjunto de aspectos constitucionais e legais (Leis, NOBs) relevantes para a discussão proposta no campo do financiamento da saúde *vis-à-vis* a política macroeconômica no período.

Pode-se dizer que a pesquisa qualitativa se caracteriza, em geral: a) pela sua flexibilidade de adaptação durante seu desenvolvimento; b) por usar de objeto – estrutura institucional e decisória nacional do SUS; c) por englobar dados heterogêneos; d) por tentar, e ser capaz, de descrever em profundidade vários aspectos importantes da vida social, dando conta do ponto de vista do interior; e) por sua abertura para o mundo empírico, a qual se expressará, por uma valorização da exploração indutiva do campo de observação, bem como por sua abertura para descoberta de fatos inconvenientes (Weber), ou de casos negativos.

A pesquisa documental exige um esforço firme e inventivo, quanto ao reconhecimento dos depósitos de arquivos ou das fontes potenciais de informação, e isso não apenas em função do objeto de pesquisa, mas em função dos questionamentos. É preciso prepará-los adequadamente para evitar se precipitar em analisar, antes de realizar um inventário exaustivo e uma seleção rigorosa de informação disponível.

Esta dissertação utiliza abordagem qualitativa, pois considerar que há uma relação dinâmica entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzida em números. É também quantitativa, quando traduz em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Apóia-se em pesquisa bibliográfica, sendo elaborada a partir de material já publicado – livros, artigos de periódicos e internet; e pesquisa documental. Procura demonstrar as conexões entre o financiamento e gestão do SUS e o ajuste fiscal. O processo de ajuste afeta tanto os recursos federais do OSS (Orçamento da Seguridade Social) e do OGU (Orçamento Geral da União) como os recursos fiscais de estados e grandes municípios.



desviados recursos que deveriam ser destinados a políticas sociais, entre as quais destacamos a Saúde.

As estratégias e ações de saúde são dependentes do financiamento. O Governo Federal, pelo Ministério da Saúde, está investido das funções de financiamento, formulação da política nacional de saúde e coordenação das ações intergovernamentais. Com isto, regula as decisões de estados e municípios, que têm direitos institucionalizados de participação na formulação das regras, das políticas que lhes afetam diretamente e a prerrogativa de não aderir à política nacional.

No financiamento federal, um dos níveis (o mais importante) do Sistema Único de Saúde (SUS), os recursos públicos são arrecadados para as ações e serviços de saúde. A receita das Contribuições Sociais – criadas para expandir os gastos universais e redistributivos da Seguridade Social – é usada no pagamento de encargos financeiros da dívida pública. Justificado pela solvência intertemporal, o plano de ajuste fiscal apresentado ano a ano foi conduzido tanto pelo aumento das receitas como pela redução das despesas públicas. Este trabalho tenta avaliar em que medida a política econômica tem constituído uma restrição ao financiamento federal do SUS.

Desse ponto de vista, o trabalho está disposto em quatro capítulos. Todos conformam o arcabouço teórico utilizado. Estes são partes da síntese e análise da revisão bibliográfica realizada, apresentando o processo de aprendizado do autor sobre os temas tratados na dissertação.

O capítulo um, “Aspectos Conceituais”, inclui os elementos conceituais que definem uma organização federativa e suas implicações para as políticas públicas, adotando como referencial a abordagem da ciência política. Em “Política econômica: perspectiva keynesiana” é com J. M. Keynes, nomeadamente com a publicação da teoria geral do emprego, juro e moeda, que se supera pela primeira vez e de forma decisiva a interpretação da política econômica liberalista. Keynes critica a política deflacionária, tendo a redução das taxas de juros como primeira medida para reagir a tendências depressivas, juntamente com intervenções do Estado, que tenham como efeito direto o aumento da demanda adicional. Em “Política social e seguridade”, procura-se refletir sobre o significado desses conceitos e suas principais características. No século XX, na área das políticas sociais, emergem políticas estatais que configuram modelos de sistemas de proteção social. O Estado de Bem-Estar Social traduz um pacto de solidariedade, no qual o excedente de recursos advindos de menores lucros e salários seria destinado ao financiamento das políticas de aposentadoria, pensões, saúde e educação. O subitem “Políticas de saúde: Brasil” envolve um conjunto de

variáveis dinâmicas, que caracterizam qualquer sociedade, a depender das conjunturas Sociais, econômicas, políticas e de governo. As políticas de saúde estudam o processo de tomada de decisões pelo Estado. Cada grupo social e/ou econômico pode defender uma prioridade, representativa da política de saúde de um governo, que pode não ser defendida como medida prioritária por parte da sociedade.

No capítulo dois, iniciamos a análise das políticas econômicas tendo como principal base o estudos realizados por Carneiro (2002). O momento inicial da análise é a segunda metade da década de 1970. Esses momentos são escolhidos pelas circunstâncias em que as políticas macroeconômicas efetuadas provocam mudanças de rumo. Estas políticas tiveram como base o cenário econômico mundial, refletindo para dentro da nação uma redução do seu crescimento.

No terceiro capítulo, são analisadas as repercussões da política fiscal no Brasil para o financiamento federal da saúde no contexto dos anos 1980 e 1990. Nesse período, temos uma política econômica de curto prazo, voltada para o ajuste fiscal, e nos anos 1990, o governo central recompõe suas receitas em função de suas prioridades políticas – a estabilidade monetária.

No capítulo quatro, ao se avaliar o financiamento público federal da saúde e os dispositivos constitucionais, é feita uma pesquisa dos aspectos constitucionais e legais do financiamento da saúde e a gestão financeira federal do SUS. As relações entre gestão e financiamento, a partir da diretriz de descentralização do SUS entre 1990 e 2002, e o contingenciamento do Financiamento Federal do SUS concluem este capítulo.

Na conclusão, são retomados de forma abreviada alguns conceitos utilizados. Procura-se refletir sobre os traços marcantes da política fiscal consolidada no Brasil no período de estudo; sobre as relações e os resultados do federalismo fiscal e o financiamento federal do SUS. São destacadas as contribuições desta análise e, por fim, apresentados os limites e desafios existentes.

## 1 ASPECTOS CONCEITUAIS

### 1.1 Política econômica: perspectiva keynesiana

As primeiras análises dos processos de produção e de distribuição de bens levadas a efeito por especialistas (os economistas) estavam orientadas à formulação de sugestões de política econômica: tinham por objetivo definir as orientações que o governo devia seguir e as intervenções que eventualmente devia efetuar para aumentar a riqueza do país.

Nos últimos decênios do século XVIII, com Adam Smith, as novas orientações liberalistas<sup>9</sup> se apresentam com o aval de uma primeira análise científica do novo processo econômico, depois desenvolvida e aperfeiçoada por Ricardo. (BOBBIO, 1909, p. 968-970).

Na elaboração concreta das orientações de política econômica, certo compromisso se impõe entre os princípios livre-cambistas e as exigências concretas do mundo industrial. O êxito das políticas de livre-câmbio foi favorecido pela criação de um sistema monetário internacional<sup>10</sup> que, por sua vez, elas favorecem. As concepções livre-cambistas serão acentuadas pelos economistas neoclássicos, que não de entender o mercado como mecanismo orientado mais que assegurar o máximo de crescimento, a garantir a maior satisfação das necessidades individuais. Nos Estados Unidos da América, o pensamento liberalista se inspirou muito mais nas concepções darwinianas e spencerianas que nas de Bentham. Nos EUA, as teorias liberalistas foram aplicadas com certa descontinuidade.

---

<sup>9</sup> A política econômica que corresponde às novas exigências do capitalismo industrial não pode ser aquela que foi sugerida pelos mercantilistas. Na Inglaterra, os empresários industriais, diferentemente dos capitalistas comerciais, são contra os privilégios do comércio; eles sentem a necessidade de que seja garantida a liberdade de iniciativa e, por isso, abolido o que ainda resta dos ordenamentos das corporações de arte e ofícios com o fim de se conseguir com novas técnicas a realização e a busca de uma organização produtiva cada vez mais eficiente. É necessário, em suma, “deixar passar as mercadorias”: só com um mercado suficientemente amplo se poderá intensificar a divisão do trabalho, que exige, em primeiro lugar, uma concentração da produção e que implica, em consequência, certa especialização produtiva de cada uma das diversas regiões do país, nas estruturas precedentes, constituíam outros tantos mercados suficientemente autônomos e isolados. (BOBBIO, 1909, p. 968).

<sup>10</sup> Atribuindo ao ouro o papel de moeda internacional, esse sistema tem papel de garantir o pagamento dos débitos de um país ao outro e de provocar oscilações nos preços capazes de restabelecer o equilíbrio na balança de pagamentos, quando tal equilíbrio diminui em virtude do excesso importações ou da falta de exportações, por causa, por exemplo, de uma exagerada elevação de salários. O reequilíbrio das relações econômicas internacionais será, na realidade, facilitado pelo movimento de capitais, que, sobretudo da Inglaterra, se dirigem para outros países, e pelos processos de colonização. (BOBBIO, 1909, p. 969).

O conceito<sup>11</sup> liberal da Política econômica permite definir, de uma vez para sempre, as atribuições do Estado. O princípio sancionado pela Carta Magna da Inglaterra, vários séculos antes, segundo o qual os encargos fiscais não devem exceder as necessidades do Estado e as despesas públicas não devem superar as receitas fiscais (princípio do equilíbrio do balanço), encontra assim, com o andar do tempo, a sua justificativa. (BOBBIO, 1909, p. 970).

Bem depressa se apresentou à política econômica uma temática que não encontrara respostas válidas nas formulações marginalistas do pensamento liberalista. Os novos problemas surgiram da experiência das flutuações cíclicas. “Deve o estado quedar-se indiferente diante dos fenômenos de desemprego que ocorrem nas fases de depressão?”. Esta política (deflacionária) foi aplicada, sobretudo na Alemanha, após a grande depressão de 1929, mas com escasso resultado. A grande depressão esteve unida à crise do sistema do ouro.<sup>12</sup>

É com J. M. Keynes, nomeadamente com a publicação da *Teoria geral do emprego, juro e moeda*, que se supera pela primeira vez e de forma decisiva a interpretação da política econômica liberalista. Keynes critica a política deflacionária, tendo a redução das taxas de juro como primeira medida para reagir a tendências depressivas, juntamente com intervenções do Estado, que tenham como efeito direto o aumento da demanda adicional.

Essas intervenções podem consistir em medidas fiscais: redução dos impostos que aumentam a renda disponível e determinam, em consequência, um aumento pelo menos no consumo, ou aumento da despesa pública que se une ao consumo e aos investimentos privados na configuração da demanda global. O princípio do equilíbrio do balanço não pode ser aplicado só a um ano, mas há de ser entendido em relação a uma curva temporal bastante longa, onde seja possível compensar a política contra a depressão com uma política de controle de expansão. O pagamento de subsídios de desemprego também pode contribuir para manter em nível elevado a demanda de bens dos particulares no mercado.

A política das despesas públicas suscita problemas, que a temática keynesiana não considera. O crescente poder dos sindicatos e a acentuada influência das classes médias sobre os partidos políticos induziram o Estado a aumentar certas despesas públicas (sobretudo

---

<sup>11</sup> A organização da produção e a distribuição dos bens devem ser deixadas ao livre mercado; é obrigação do Estado apenas garantir – assegurando o respeito aos contratos e tutelando a concorrência – que o mercado funcione efetivamente nos moldes da análise teórica. Há uma atividade econômica que o Estado deve desempenhar à margem do mercado: a que visa à satisfação das necessidades sociais ou coletivas, necessidades que não podem ser satisfeitas pela demanda individual no mercado, tais como a necessidade da defesa, a da administração da defesa, justiça e educação elementar. A aquisição dos bens e serviços necessários ao desempenho desta atividade há de ser financiada mediante a imposição de obrigações fiscais. (BOBBIO, 1909, p. 970).

<sup>12</sup> Os principais países industriais, ao desvalorizar as suas moedas, tentavam expandir as exportações, ou seja, exportar a crise e a depressão. Os critérios de política econômica que, no século XVIII, tinham sido inculcados pelos economistas mercantilistas, parecem estar novamente em voga. O regime de livre-comércio entra assim em crise. Em muitos países particularmente na Itália, criaram-se regimes autárquicos. (BOBBIO, 1909, p. 971).

correntes). Isso reflete, por um lado, as novas tarefas de mediação social assumida pelo Estado e, por outro, a influência dos principais grupos e das grandes estruturas burocráticas.

Enquanto que na determinação das políticas internas intervinham motivações que as teorias predominantes (keynesianas e monetaristas) desconheciam, entrava em crise, em 1971, o sistema monetário internacional estabelecido, em 1944, em Bretton Woods. A falta de solução para problemas estruturais, a rigidez crescente da despesa pública e as dificuldades de administração da moeda tornaram, enfim, difícil a própria política de estabilização conjuntural a que deveria estar orientada, segundo Keynes, tanto a política fiscal como a monetária. Nos anos 1970, em meio às dificuldades econômicas evidenciadas pelo choque do petróleo, críticas ao sistema de bem-estar social começaram a ser recorrentes.

Às denúncias dos setores empresariais que acusavam as políticas sociais de responsáveis pelo aumento do déficit público, pela volta da inflação e pelo declínio dos investimentos, se somaram reclamações dos próprios usuários quanto à burocratização dos serviços, à queda dos valores dos benefícios e à qualidade da assistência oferecida. Impostos progressivamente avantajados desagradavam à classe média, ao mesmo tempo em que as altas despesas governamentais falhavam na eliminação dos renitentes focos de pobreza. A década de 80 assistiu ao agravamento da crise, em parte também por conta de medidas contencionistas adotadas por governos conservadores eleitos em vários países europeus e nos EUA. (VIANNA, 2000, p. 60).

A crise do *Welfare State* se apresenta sob pelo menos três ângulos. O primeiro é o da crise econômica, que se manifesta em termos de recessão, redução do PIB e aumento do desemprego. O segundo reflete mudanças na estrutura demográfica, reduzindo a população ativa em relação à inativa; baixa natalidade e alta longevidade. A terceira dimensão da crise é política, que se expressa na insatisfação do eleitor com a atuação do Estado de BEM-estar. Insatisfação exemplificada pelas sucessivas derrotas do Partido Trabalhista inglês antes de Blair, dos democratas americanos nas duas eleições que precederam a de Clinton.

Os principais eixos do questionamento atual do *Welfare State*, porém, são determinados pelas necessidades advindas de uma nova divisão internacional do trabalho *vis-à-vis* o movimento de globalização da economia, resultando num descompasso entre a economia do bem-estar e os processos sociais vigentes nas economias desenvolvidas. (VIANNA, 2000, p. 61).

No momento de consolidação do SUS, o modelo econômico brasileiro se encontrava sob rédeas do ajuste macroeconômico de cunho neoliberal. O modelo de saúde prévio à Constituição Federal de 1988 tinha o Estado promovedor da expansão privada. Os gastos federais em saúde no Brasil se assemelham ao modelo liberal de sistema de saúde.

Não se pode atribuir à baixíssima participação do setor público no financiamento setorial somente ao modelo de sistema de saúde sobre o qual o SUS foi construído. A tímida presença do Estado no gasto deve-se também aos planos de estabilização macroeconômica, adotados a partir do final da década de 1970 até meados de 1980, que focalizavam o reequilíbrio da balança de pagamentos. Os ajustes macroeconômicos afetaram o SUS, pois todos os Governos adotaram a contenção de recursos. (LIMA, 2005, p. 195).

## 1.2 Política social e seguridade

No século XX, na área das políticas sociais, emergem políticas estatais que configuram modelos de sistemas de proteção social. O Estado de Bem-Estar Social traduz um pacto de solidariedade, onde o excedente de recursos advindos de menores lucros e salários seriam destinados ao financiamento das políticas de aposentadoria, pensões, saúde, educação.

As necessidades de financiamento das políticas universais destinadas a prover gastos não individualizados como os serviços de saúde e educação, acrescentaram, de forma estrutural, o aporte de recursos tributários ao financiamento do seguro, feito por contribuições sociais diretas dos trabalhadores. A receita tributária também financiou a redistribuição associada à garantia de patamares mínimos de bem-estar, através da complementação de renda aos mais pobres (OIT, 1983). Até os anos 70, tal redistribuição foi apenas um elemento conjuntural de economias estabilizadas por mais de duas décadas em condições de crescimento econômico e de pleno emprego. (DAIN, 2000, p. 24).

Esping-Andersen (1990) apresenta as diferenças entre os *Welfare States*. Para Esping-Andersen, o aprofundamento do Estado de Bem-Estar nos países estava amarrado à amplitude de combinação entre três tipos básicos de concepções de proteção social.

No modelo universal redistributivista, o Estado se configura como principal provedor e produtor dos serviços sociais; o financiamento advindo dos recursos diretos do orçamento do Estado lhes atribui caráter acentuadamente redistributivo, porque esses recursos provêm dos impostos que recaem sobre os ganhos dos indivíduos; e o serviço médico privado é residual, sendo o padrão de acesso da população igual.

Este modelo “emana do princípio explicitado por Beveridge sobre os direitos universais de cidadania, que invoca o papel do Estado para a solidariedade social, independentemente do grau de necessidade dos indivíduos ou de seu desempenho no trabalho”. (ESPING-ANDERSEN 1990 apud DAIN, 2000, p. 25).

No modelo meritocrático-corporativista, caso brasileiro, a extensão dos direitos e dos serviços sociais se dá a partir da situação do indivíduo no mercado de trabalho. É meritocrático porque os indivíduos só têm acesso à assistência se contribuírem.

Este modelo, “instituído na Alemanha de Bismark, baseava-se na natureza compulsória de contribuições do Estado, do empregador e do próprio trabalhador; destinava-se a reproduzir para a proteção social as condições do mercado, baseando-se em desempenho no trabalho. Nasceu como uma variante ou generalização do seguro privado, com direitos associados a vínculos no mercado de trabalho e subordinação total ou parcial a uma lógica atuarial. (DAIN, 2000, p. 25).

O mérito neste segundo modelo constitui um tributo vinculado à contribuição individual de cada um. Contribuição que se vincula à situação dos indivíduos no mercado de trabalho: o fato de serem trabalhadores formalmente contratados e sindicalizados, o que lhes atribui o reconhecimento pelo Estado, devido a leis que regulam a relação entre capital e trabalho (política trabalhista, política sindical e política previdenciária). Esse modelo gera uma segmentação e diferenciação dos indivíduos, interpondo barreiras para um acesso aos serviços.

O modelo de sistema de proteção social residual comanda a visão assistencialista à pobreza. Como nos Estados Unidos, o Estado se ocupa dos segmentos mais pobres, desde que comprovem sua condição de carência. O resto da sociedade vincula-se a instituições privadas.

O terceiro consiste na dominância da visão assistencialista à pobreza. Baseia-se essencialmente em prova de necessidade para a concessão de benefícios, não permitindo sua generalização para todos os cidadãos. Barreiras à entrada são estabelecidas para a elegibilidade dos benefícios, que contam ademais com seus baixos valores para caracterizar o aspecto assistencial desta cobertura. (DAIN, 2000, p. 25).

Nos três modelos, a presença do Estado está imbuída de um caráter minimamente redistributivo. Assim, uma vez que envolva distribuição direta ou indireta de recursos e riquezas da sociedade entre os diferentes segmentos sociais, esse pacto de solidariedade pode redistribuir perversamente, seja pelo padrão de financiamento das distintas políticas sociais, seja pelo acesso a esses serviços.

Os modelos de hoje, formas combinadas, apresentam uma específica relação entre as funções do Estado, da sociedade e do mercado. A lógica do Estado é a satisfação do bem público *vis-à-vis* a lógica do mercado de satisfação das necessidades privadas. Então, ao se falar de políticas de saúde, temos que verificar as três dimensões básicas da sociedade: o Estado, a sociedade e o mercado. (CAMPOS et al., 2006, p. 228).

Nos dias de hoje, estes modelos se manifestam em uma equação: mais mercado e menos Estado, ou o inverso. A depender da escolha feita, mudando o papel da sociedade nessa equação. A responsabilidade do Estado reside em zelar pela qualidade na prestação desses serviços. O cumprimento das regras de quem tem acesso. Isto, independentemente da presença de interesses de grupos privados / particulares, para garantir a lógica maior de atendimento às necessidades de saúde da

população, entendido aqui como um bem público o serviço de saúde. (CAMPOS et al., 2006, p. 227).

Em sociedades capitalistas modernas, as políticas sociais assumiram uma dupla função: em primeiro lugar, regular a relação entre capital e trabalho, definindo os limites de ação de cada uma dessas categorias sociais fundamentais da sociedade na busca de seus ganhos; em segundo, garantir ao Estado instrumentos ágeis e eficazes para regular os conflitos sociais em limites minimamente tensos, regulando o padrão de comportamento das classes assalariadas.

O Estado, pela política de saúde, está comprometido com a justiça social. Por meio de instrumentos, negociados socialmente, redistribui as riquezas da sociedade. O parâmetro de justiça social está em constante processo de redefinição, traduzindo a composição do jogo de forças políticas e sociais em distintas conjunturas econômicas – mais ou menos favorável ao gasto social pelo Estado. Os mais conservadores entendem como gasto os recursos destinados à política de saúde *vis-à-vis* os defensores da responsabilidade do Estado na garantia do acesso à saúde que entendem como investimento na sociedade esses recursos. (CAMPOS et al., 2006, p. 230).

Quando geridas pelo Estado, as políticas sociais, entre as quais a saúde, estão comprometidas com a promoção da justiça social. É por meio delas que o Estado lança mão dos instrumentos que são seu monopólio para redistribuir, segundo critérios e parâmetros negociados socialmente, as riquezas da sociedade.

Para o Estado, garantir que todos brasileiros tenham acesso à satisfação das necessidades de saúde significa duas coisas basilares: 1) que ao Estado cabe a responsabilidade de providenciar as condições e os recursos necessários que garantam a todo cidadão brasileiro o acesso; e 2) que todos são reconhecidos e legitimados pela sociedade na sua qualidade de cidadãos. O que caracteriza a cidadania é seu caráter universal, equitativo, impessoal, e tendo como contrapartida uma série de deveres – respeito às leis. (CAMPOS et al., 2006, p. 229).

### 1.3 Políticas de saúde: Brasil<sup>13</sup>

Estudar políticas de saúde envolve um conjunto de variáveis dinâmicas, que caracterizam qualquer sociedade, a depender das conjunturas sociais, econômicas, políticas e

---

<sup>13</sup> Texto elaborado a partir de Campos et al. (2006, p. 219-277).

de governo. As políticas de saúde estudam o processo de tomada de decisões pelo Estado. Cada grupo social e/ou econômico pode defender uma prioridade, representativa da política de saúde de um governo, que pode não ser defendida como medida prioritária por parte da sociedade.

Nosso objeto de estudo é demonstrar as articulações das políticas de saúde com a dimensão econômica da nossa sociedade nos marcos que caracterizam sua trajetória histórica no país, e que consistem nas raízes dos principais desafios que o SUS enfrenta hoje. Também vamos recuperar essa trajetória para elucidar o presente e as possibilidades do futuro do sistema de saúde brasileiro.

A Saúde apresenta-se com tema social no Brasil no início do século XX, na emergência do trabalho assalariado. Como estratégia da União, a Reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta estender o atendimento à saúde em todo o país. A Lei Elói Chaves está entre as medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário no Brasil. As políticas sociais estão entre os indicadores visíveis das alterações na sociedade brasileira a partir da década de 1930.

A conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação. (BRAVO, 2001, p. 3).

A Política Nacional de Saúde consolidou-se no período de 1945-1950. Os hospitais, com natureza privada, formavam uma estrutura a partir dos anos 1950. Com o militarismo, os problemas estruturais aprofundaram-se e por vários propósitos, entre 1964-1974, o Estado ampliou a política assistencial, intervindo na questão social.

A partir de 1966, os trabalhadores, com a unificação da Previdência Social, participam apenas como financiadores da previdência. A política social, no período de 1974 a 1979, teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da “questão social”, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares.

Segundo Campos et al. (2006, p. 223), “evidencia-se um choque entre a dimensão política econômica – prioridade nº. 1 – entendimento de grupos sociais do que vem a ser sua necessidade de saúde – prioridade nº. 2 – e a dimensão técnica – nº. 3”.

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde. (BRAVO, 2001, p. 7).

Na década de 1980 apresenta-se, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais, frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. As sociedades contemporâneas identificam como locus por excelência dos processos políticos nas sociedades o Estado e suas instituições. São estas instâncias da sociedade que detêm instrumentos formuladores para implementar as políticas de saúde.

## 2 POLÍTICA ECONÔMICA

### 2.1 Uma breve análise das políticas econômicas de 1979 a 2002 no Brasil<sup>14</sup>

#### 2.1.1 O padrão de financiamento durante o II PND

O surgimento e o desenvolvimento do financiamento do SUS fazem paralelos a momentos acentuados de políticas econômicas de cunho fiscal voltadas para a estabilização econômica e concentradas no ajuste fiscal. A política de juros busca um equilíbrio fiscal que produz “contingenciamento”<sup>15</sup> do Estado de Bem-Estar. Sistematizando a análise das políticas econômicas feita por Ricardo Carneiro, em 2002, nos aproximamos das políticas macroeconômicas para evidenciar seu envolvimento com o financiamento federal das políticas de saúde no período de 1979-2002.

O II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) foi inserido para atenuar os gargalos contínuos da economia. Este era um plano para o crescimento industrial do departamento I (produtos químicos, fertilizantes), que refletiria redução da dependência externa de petróleo e bens de capital. O II PND, em parte financiado por empréstimos externos, reduzia os déficits em transação corrente, promovendo o fechamento do balanço de pagamentos do país.

Ao discutir o financiamento do II PND e suas implicações, verificamos: a importância dos recursos externos para economia brasileira durante o período; as razões pelo aumento da dívida externa; o dimensionamento do financiamento doméstico – sobretudo, o controlado pelo setor público e com origem em recursos fiscais e parafiscais; e, como o padrão monetário, acomoda-se às elevações intermitentes da inflação, por meio dos primeiros desenvolvimentos da moeda indexada.

O ajustamento da economia brasileira, após o primeiro choque do petróleo, foi realizado a partir do aprofundamento do padrão de financiamento, herdado das reformas de

---

<sup>14</sup> Análise das políticas econômicas a partir da segunda metade dos anos 1970 feita a partir de leitura do livro *Desenvolvimento em crise*, de Ricardo Carneiro (2002).

<sup>15</sup> Neste texto não estamos aplicando a definição de contingenciamento feita pelo *Dicionário Aurélio*: política econômica fundada no princípio da compensação, que visa a restringir ou suprimir a importação, estabelecendo em função dos contingentes, cotas legais para as mercadorias importadas (FERREIRA, 1975, p. 373), mas como uma forma de restrição do desenvolvimento de uma política.

1964-1966. (CARNEIRO, 2002, p. 83). O Estado realizou uma ativa política de gastos diretos e de sustentação de variados setores econômicos duramente atingidos pela progressiva deterioração da situação econômica. No plano doméstico, desempenhou papel importantíssimo no fornecimento de crédito de longo prazo com taxas favorecidas ao usar a poupança compulsória, com participação do setor bancário doméstico. O uso desses mecanismos e instrumentos conduz a dois resultados distintos e simultâneos, segundo Carneiro (2002, p. 84): aumento da vulnerabilidade externa e a deterioração da situação financeira do Estado brasileiro, aparecendo com clareza as fragilidades do desenvolvimento financeiro do país e sua incapacidade de alavancar o desenvolvimento econômico.

O uso do financiamento externo foi muito importante no período de crescimento acelerado. O esgotamento deste também foi um desencadeador da crise de 1980. As esferas, interna e externa, das relações financeiras do país, são vistas como explicadoras da formação e expansão da dívida externa do Brasil:

Externo, com a grande ampliação de liquidez internacional no período; doméstica, referente à combinação do crescimento econômico com a atrofia do sistema financeiro local, incapaz de atender à demanda crescente de crédito de longo prazo. [...] As operações proporcionavam aos segmentos bancários internacionais e domésticos lucros elevados, com dispensa do segundo de constituir uma base de captação de recursos de longo prazo. Esta linha apresentou-se como a de menor resistência para demanda ao crédito e com o aval da política econômica<sup>16</sup>. (CARNEIRO, 2002, p. 85).

Em pequena parte dos anos 1970, a absorção dos recursos reais<sup>17</sup> foi maior que a financeira, evidenciado pela formação de reservas de poder de compra não utilizado em moeda estrangeira. Entre 1979 e 1980, o novo choque do petróleo, associado à contração de liquidez e à subida dos juros, repete o ocorrido no biênio 1974-1975. Um déficit em transações reais, ampliado com racionamento dos empréstimos, leva à queima de reservas para o fechamento das contas externas. A partir de então, os juros se mantêm elevados, em termos nominais e reais, e o financiamento é cada vez mais escasso, até sua ruptura em 1982.

Um sistema financeiro atrofiado suplanta outras razões<sup>18</sup>, estando nas evidências empíricas como condicionador do endividamento externo. Um aspecto, abordado por Carneiro, fundamental no processo de endividamento externo do Brasil durante o período do

---

<sup>16</sup> Segundo Carneiro (2002, p. 85), a institucionalização de canais de ingresso de capitais de empréstimos, pela lei nº 4.131/62 (regulamentada pela lei nº 4.390/64) – relevante na captação, por parte das estatais e multinacionais, com juros mais baixos e prazos mais longos que os internos – e a Resolução nº 63 – originava operações bancárias de repasse que representavam uma forma de captação do sistema financeiro privado superior aos instrumentos disponíveis no mercado doméstico, além de reduzirem substantivamente os riscos do sistema bancário.

<sup>17</sup> 1974 – 1975: imediatamente após o primeiro choque do petróleo. (CARNEIRO, 2002, p. 87).

<sup>18</sup> “falhas na matriz industrial e excessiva liquidez do sistema financeiro internacional” (CARNEIRO, 2002, p. 87).

ajustamento estrutural, diz respeito à sua crescente estatização<sup>19</sup>, refletindo um padrão de financiamento perverso dos projetos públicos, notadamente no caso das empresas estatais, nas quais o rebaixamento de preços para controlar a inflação deprimia a capacidade de autofinanciamento. Além disso, a contenção orçamentária reduzia os recursos para os projetos em andamento, reforçando a busca de financiamento externo. (CARNEIRO, 2002, p. 87 e 93).

O governo conta com o auxílio de empresas estatais e transfere fundos públicos, via BNDES, para o financiamento de grandes empresas de bens de capital do setor privado nacional. Protagonizada pelas estatais e as inversões em infraestrutura, a dívida externa tem seu período central de estatização o referente ao II PND.

Carneiro (2002, p. 95) relata:

[...] como os recursos do BNDES – reforçado pelo PIS/ Pasep – foram reservados às empresas privadas nacionais, havia no contexto de então três alternativas para o financiamento do programa público de inversões: o autofinanciamento, o aporte de recursos fiscais ou o endividamento externo. Coincidindo-se fatores, falta de reforma tributária e liquidez internacional da reciclagem do superávit da Opep, a partir de 1976 conduz à terceira alternativa.

Além de outros fatores, o endividamento se explica por um conjunto de medidas de política econômica – no contexto da política de “ajuste monetário” do balanço de pagamento –, como a liberação de taxas de juros internas; a proteção ao risco cambial, com a criação de depósitos registrados em moeda estrangeira junto ao banco central;<sup>20</sup> e ainda, a política deliberada de endividamento das empresas estatais.

Conclui Carneiro (2002, p. 96), na análise do endividamento externo da economia brasileira, pela crescente fragilidade da situação externa do país após 1974, principalmente na sua dimensão financeira. Visualiza-se a deterioração, pela velocidade de crescimento e pela piora do seu perfil. Após o segundo choque de juros (1979), a vulnerabilidade externa se estabelece de maneira definitiva.

---

<sup>19</sup> No período de 1973 até 1980, temos uma participação pública na dívida externa, em porcentagem, que evolui de 52 para 69,3, segundo Carneiro (2002, p. 94).

<sup>20</sup> “Na modalidade de financiamento externo através da resolução 63 [...] nos intervalos das operações sucessivas, os recursos ficavam depositados no Banco Central, que assumia temporariamente o risco cambial e os encargos. [...] Os passivos em bancos comerciais e de investimento passaram de 1,7% e 1,1% em 1967 para 30,4% e 17,2% em 1980, respectivamente”. (CARNEIRO, 2002, p. 96).

### 2.1.1.1 As dimensões do financiamento interno

O crescimento da dívida pública resultou de uma conformação particular de política econômica, na qual a expansão dos gastos era financiada por dívida pública, rolada a uma taxa de juros elevada em razão de uma estratégia específica de ajuste de balanço de pagamentos. A rigor, Carneiro (2002, p. 102-103) relata:

[...] tanto a política de gastos quanto o acúmulo de reservas internacionais constituíram fatores de expansão da dívida pública. Considerando que boa parte da reciclagem das dívidas do setor privado foi realizada por linhas de créditos seletivas ao abrigo do orçamento monetário, o setor público bancou o refinanciamento do passivo do setor privado, em parte com recursos fiscais, mas preponderantemente pela expansão da dívida pública. A acumulação de reservas internacionais constitui um fator de pressão adicional sobre a expansão da dívida, em razão da política de contenção da liquidez que visava a manter taxas de juros domésticas elevadas. No entanto, embora o crescimento das dívidas por razões puramente financeiras seja inquestionável, elas também financiaram a manutenção de um elevado patamar de gastos correntes em consumo e investimento durante o período de 1974-1980.

As principais medidas de política econômica desse período, como estratégias de restauração das finanças públicas, foram: a tentativa de reforma fiscal e recuperação de preços e tarifas públicas; a maxidesvalorização, com o intuito de reduzir os incentivos e subsídios às exportações; e a prefixação das correções monetárias e cambiais, para desvalorizar a dívida pública.

A rápida deterioração do cenário externo, a partir do segundo choque do petróleo, e a contínua perda de reservas internacionais colocaram por terra as chances de continuidade do padrão de financiamento que havia sustentado o ciclo de crescimento precedente. (CARNEIRO, 2002, p. 106).

### 2.1.2 Crise: ruptura do financiamento externo

Os países da periferia, durante a década de 1980, passaram pela chamada crise da dívida. Ocorreu deterioração da conjuntura global econômica – piora nos termos de troca e racionamento do financiamento externo –, levando alguns destes a transferirem recursos para o exterior para pagamento da dívida externa. Para verificar como isso ocorreu, Carneiro (2002) traça a trajetória do financiamento externo, amplamente condicionada pelas transformações na ordem econômica internacional ocorrida durante a década:

A caracterização da exclusão dos países periféricos do circuito de financiamento internacional; e, para o caso brasileiro, as várias etapas da restrição do financiamento externo, desde os anos 1979-1982 – com absorções de recursos reais, e o racionamento é feito pelo mercado, - até a etapa seguinte (1983 - 1989) – crescentes transferências de recursos para o exterior para pagamento da dívida externa. (CARNEIRO, 2002, p. 115).

### 2.1.2.1 A crise da dívida

O elevado grau de mobilidade dos capitais é apontado como elemento central na configuração da ordem econômica internacional após 1979 – globalização<sup>21</sup>: “essa ordem econômica caracteriza-se por eliminação progressiva as restrições a essa mobilidade”. (CARNEIRO, 2002, p. 116). Isso se caracteriza por um aumento contínuo das transações cambiais e dos fluxos brutos de capitais internacionais, com crescente autonomia diante das necessidades de financiamento corrente dos países.

A transnacionalização dos capitais americanos no pós-guerra – bancário e produtivo – criou fortes competidores fora do espaço americano, deteriorando progressivamente sua hegemonia produtiva e comercial. O instrumento essencial da retomada dessa hegemonia foi a subida da taxa de juros ao final de 1979. Em síntese,

[...] permitiu aos Estados Unidos a manutenção da autonomia da sua política econômica doméstica. A desregulação e a liberalização dos mercados financeiros nos países centrais, além de atraírem fluxos de capitais crescentes para os Estados Unidos, fazem-se acompanhar de uma crescente denominação, em dólar, das operações em outros países, consolidando essa moeda como a principal dos mercados financeiros globalizados. (CARNEIRO, 2002, p. 118).

De início, a globalização caracterizou-se pela exclusão da periferia, em especial a latino-americana. Durante a década de 1980, os países estiveram submetidos à crise da dívida, o que consistiu num drástico racionamento do financiamento externo. O financiamento adicional esteve condicionado à participação e ao aval de instituições multilaterais,

---

<sup>21</sup> As ordens internacionais caracterizadas por maiores ou menores limitações à mobilidade dos capitais se sucedem historicamente. A passagem de um regime a outro depende de circunstâncias históricas específicas. Os controles ou as restrições à mobilidade de capitais sempre tiveram custo políticos internos ou externos. Apenas em determinadas circunstâncias ou correlações de forças esses controles se tornaram viáveis. Do ponto de vista da hipótese colocada anteriormente, a mais importante razão para o impulso à globalização e a substituição da ordem regulada de Bretton Woods foi a mudança de posição de países-chave no sistema internacional, especialmente os anglo-saxões no final dos anos 70. (CARNEIRO, 2002, p. 117).

especialmente o FMI. “De uma participação de mais de 50% dos fluxos em 1975-1979, os subdesenvolvidos caem para 23% no período de 1985-1989”. (CARNEIRO, 2002, p. 119).

#### 2.1.2.2 Ruptura do financiamento externo e transferência de recursos para o exterior

As relações econômicas internacionais do Brasil na década de 1980 são marcadas pela transferência de recursos ao exterior, destinados a pagamento de serviço e amortização parcial da dívida externa. A crise desse decênio aborda o Brasil pela redução da arrecadação tributária e o crescimento da estatização da dívida. Nas palavras de Biasoto Jr:

Não há como negar que o processo de estatização do endividamento externo tenha chegado, nos anos oitenta, a um estágio máximo, onde a própria Autoridade Monetária é tomadora final de grande parte dos recursos externos. Também não se pode colocar em dúvida que o inusitado crescimento da dívida pública nos anos oitenta contou com a decisiva contribuição do crédito externo, seja devido à forma que assumiu o processo de renegociação da dívida, seja pela absorção de créditos externos originalmente captados por agentes privados. (BIASOTO JUNIOR, 1988, p. 82).

Uma das principais consequências da ruptura do financiamento externo e do excessivo endividamento foi, sem dúvida, o elevado grau de estatização da dívida externa. Um primeiro impulso a esse endividamento extra do setor público ocorre nos anos 1979-1982 e, um segundo, a partir de 1983, quando se rompe o financiamento externo. Apesar da radical diminuição dos financiamentos líquidos, o processo de endividamento externo do setor público prosseguiu por meio de dois mecanismos: “Do endividamento adicional perante os organismos multilaterais e agências governamentais e pela absorção de dívida externa do setor privado, atingindo 85% do total da dívida externa em 1989”. (CARNEIRO, 2002, p. 134).

A economia brasileira, em face da ruptura do financiamento externo, foi obrigada a realizar crescentes transferências de recursos reais para o exterior. Ademais, dada a maior parcela de dívida externa sob a responsabilidade do setor público, foi este último que arcou com o ônus principal dessa transferência. (CARNEIRO, 2002, p. 138).

### 2.1.3 Restrição cambial e crescimento econômico

A drástica redução do crescimento, a estagnação do produto *per capita*, a regressão do investimento e a transferência de recursos reais – sendo esta determinante da trajetória das demais variáveis econômicas – são os pontos de destaque numa caracterização da década de 1980. (CARNEIRO, 2002, p. 140).

Tentativas de retomar o crescimento econômico e melhorar a distribuição de renda, realizadas em meados da década de 1980, esbarraram na restrição externa, ou seja, na imperiosidade de gerar elevados superávits comerciais para fazer face ao serviço da dívida. (CARNEIRO, 2002, p. 141).

A impossibilidade da conciliação entre transferência de recursos reais ao exterior e o crescimento sustentado tem sua expressão maior no mau desempenho do investimento. O investimento público, *stricto sensu*, concentrado em obras de infraestrutura, mostra crescimento desprezível nos anos 1980. [...] O padrão de ajustamento adotado ao longo da década, que sempre privilegiou o corte de investimento como mecanismo de ajuste fiscal, e, posteriormente, a crise financeira do setor público, ambas decorrentes da transferência de recursos para o exterior, constituem a origem desse comportamento. (CARNEIRO, 2002, p. 147-148).

O esgotamento da fonte de recursos externos para investimentos das empresas estatais e a obrigatoriedade de pagar pelo menos os juros da dívida contraída constituíram as razões para queda permanente dos investimentos nesse setor. Por estes investimentos estatais se posicionarem nas áreas de infraestrutura e insumo básico, os privados tiveram declínio, refletindo, em última instância, ausência de um horizonte de crescimento sustentado (CARNEIRO, 2002, p. 148).

Outra questão importante se refere aos efeitos da nova orientação da economia e da transferência de recursos reais sobre a trajetória da produção, do comércio exterior e do saldo comercial. O desempenho do investimento se refletiu de forma negativa no comportamento das atividades produtivas, pois estas apresentaram declínios substanciais nas taxas de crescimento dos principais segmentos durante a década.

Caracterizando a década temos a estagnação da produção na indústria de transformação e a preservação do crescimento agropecuário. Mesmo com queda de preços, o barateamento da mão-de-obra e da terra, por causa da estagnação da economia, e dos insumos, em razão da queda o preço do petróleo, permitiu ampliar a produção sem comprimir a rentabilidade. Outro fator relevante foi a estabilidade dos mercados para os produtos não-exportáveis, decorrente da substituição da política de crédito subsidiado pela política de preços mínimos. (CARNEIRO, 2002, p. 153-157).

Um aspecto importante para entender a retração rápida da produção de bens de consumo duráveis está não só no decréscimo da massa salarial e do salário médio, mas na rápida aceleração inflacionária e indexação dos títulos financeiros, associadas à elevação das taxas de juros nominais.

#### 2.1.4 O desequilíbrio do setor público

Nos anos 1980, apresenta-se na sua integridade o desequilíbrio do setor público por meio da crise do seu padrão de financiamento. O principal marco dessa crise é a restrição do financiamento externo, que, após o segundo choque do petróleo, deteriora-se crescentemente, até culminar, em 1982, com a extinção do mercado voluntário de crédito para países em desenvolvimento. “Essa ruptura exige, a partir de 1983, a inversão dos fluxos de recursos ou mais precisamente, a transferência de recursos reais ao exterior”. (CARNEIRO, 2002, p. 179). Esse constrangimento atinge duplamente as finanças públicas, já deterioradas pelas políticas praticadas no quinquênio anterior:

De um lado, o setor público intensifica sua ação para viabilizar a rápida geração de um superávit comercial para fazer face à transferência de recursos reais, o que implica a ampliação da renúncia fiscal e de volume de subsídios. De outro, por ser o principal devedor em moeda estrangeira, arca com o ônus do pagamento de uma carga de juros elevados. Nesse contexto, o ano de 1983 é absolutamente crucial, em razão da maxidesvalorização cambial, pois esta desequilibra a capacidade de pagamento do Estado *vis-à-vis* suas receitas, em razão do crescimento excessivo dos encargos da dívida externa. (CARNEIRO, 2002, p. 179-180).

Conforme analisado, considera-se indiscutível que a transferência de recursos reais para o exterior está no centro da deterioração das finanças públicas. Na transferência de recursos ao exterior, visualizamos a deterioração das finanças públicas por duplo ponto de vista:

a) A maneira pela qual o setor público auxilia a geração do superávit e, por isso mesmo, deteriora suas condições de financiamento, [...] não pode ser reduzida à questão orçamentária, mesmo que esta seja a dimensão principal de manifestação do problema; b) Como o setor público, principal devedor em moeda estrangeira, adquire as divisas do setor privado ou, mais particularmente, como financia a aquisição dessas divisas se não produz bens comercializáveis e, portanto, não as produz diretamente. (CARNEIRO, 2002, p. 180).

#### 2.1.4.1 Esgotamento do financiamento externo e desequilíbrio das finanças públicas (1980-1984)

Os vários aspectos das finanças públicas de 1980 a 1984 proporcionam uma análise do enfrentamento pelo Estado, nos anos 1980, como o esgotamento de financiamento externo, desequilíbrio das contas do Estado – devido a políticas anticíclicas pregressas – e transferências de recurso ao exterior.

Tivemos financiamento externo até 1984. Mas sua insuficiência no período 1980-1984 constitui um fator de crescimento da dívida pública interna. “A própria rolagem da dívida externa do setor público origina um crescimento da dívida interna – de 12,8% em 1982 para 19,5% em 1984”. (CARNEIRO, 2002, p. 192). Esse aumento não pode ser entendido fora do contexto de uma política monetária restritiva, que visava a reduzir a absorção doméstica e a garantir a geração do superávit comercial.

Nesse período (1980-1984), temos uma carga tributária bruta de 24% do PIB, pela análise global das Contas Nacionais (tabela 1). A aceleração da inflação após a maxidesvalorização do câmbio em 1983 e a retomada do nível de atividades, a partir das exportações, reduzem a carga tributária em razão da desvalorização das receitas pelo efeito Tanzi e da renúncia fiscal. Apesar do pacote tributário (1982-1984) – aumento do IRPF e IRPJ –, e da criação do Finsocial (1982), a carga tributária continua a se reduzir, devido à recessão, inflação, e, principalmente, do *drive*<sup>22</sup> exportador, que acarreta uma redução drástica nos impostos indiretos. A importância da reorientação do crescimento na deterioração da carga tributária bruta aparece precisamente em 1984. (CARNEIRO, 2002, p. 182).

A inflação e a nova orientação do crescimento, somadas ao aumento da carga de juros, continuavam reduzindo a carga tributária bruta e líquida. Dessa forma, a continuidade de redução do déficit público passa a exigir a redução dos gastos públicos para patamares baixíssimos, incluindo a realização de novos cortes, incompatíveis com as necessidades mínimas do crescimento econômico. (CARNEIRO, 2002, p. 186). “O ajustamento centrado no corte de despesas aparece também no corte de investimento – 40% – das estatais no período”. (CARNEIRO, 2002, p. 187). A política monetária restritiva e o consequente aumento dos juros domésticos, juntamente com o decréscimo do PIB durante o período,

---

<sup>22</sup> A reorientação do crescimento, ou o *drive* exportador, difere dos outros fatores responsáveis pela queda da carga tributária bruta, porque inflação e recessão podem ser revertidas pela estabilização, indexação de impostos e retomada do crescimento; já o impacto da reorientação do crescimento na queda da carga tributária requer uma reforma tributária para ser anulada. (CARNEIRO, 2002, p. 183-184).

levam ao aumento dos juros da dívida interna. Aos encargos da dívida externa, combinam-se aumento dos juros internacional e a maxidesvalorização cambial de 1983. Mesmo com juros altos, o déficit é declinante, o que supôs realização de superávits primários crescentes no período.<sup>23</sup>

Tabela 1 - Carga Tributária (%do PIB), 1980-1984

	1980	1981	1982	1983	1984
<b>CARGA TRIBUTÁRIA BRUTA</b>	<b>24,7</b>	<b>24,5</b>	<b>24,0</b>	<b>24,7</b>	<b>21,4</b>
Imposto direto	11,2	11,7	12,6	12,1	11,2
Imposto indireto	13,5	12,9	12,5	12,6	10,2
<b>TRANSFERÊNCIAS</b>	<b>12,6</b>	<b>12,2</b>	<b>13,2</b>	<b>13,9</b>	<b>12,9</b>
juros dívida interna	0,8	1,1	1,2	1,5	2,0
juros dívida externa	0,3	0,3	1,1	1,6	1,7
assistência e previdência	7,8	8,2	8,5	8,3	7,6
subsídios	3,7	2,7	2,5	2,6	1,6
<b>CARGA TRIBUTÁRIA LÍQUIDA</b>	<b>12,1</b>	<b>12,3</b>	<b>11,8</b>	<b>10,8</b>	<b>8,5</b>

Fonte: Bacen/ Depec – Indicadores Macroeconômicos do Setor Público (1989).

A combinação simultânea de corte de gastos ativos (em especial de investimento) com a manutenção de incentivos e subsídios (associado à política monetária restritiva) e aumento da carga de juros criou uma situação de profundo desequilíbrio no financiamento. (CARNEIRO, 2002, p. 192).

#### 2.1.4.2 A crise das finanças públicas (1985-1989)

A estagnação de crescimento, combinada com a aceleração da inflação, reduz a carga tributária entre 1987 e 1989. (CARNEIRO, 2002, p. 193-194).

Tabela 2 - Carga Tributária (%do PIB), 1985- 1989

	1985	1986	1987	1988	1989
<b>CARGA TRIBUTÁRIA BRUTA</b>	<b>22,7</b>	<b>24,0</b>	<b>23,2</b>	<b>21,9</b>	<b>21,9</b>
imposto direto	11,7	11,4	11,5	11,0	11,2
imposto indireto	10,3	12,6	11,8	10,9	10,8
<b>TRANSFERÊNCIAS</b>	<b>12,4</b>	<b>11,8</b>	<b>11,4</b>	<b>11,3</b>	<b>12,5</b>
juros dívida interna	2,3	1,2	1,0	1,6	1,4
juros dívida externa	1,5	1,3	1,4	1,7	1,7
assistência e previdência	7,1	7,9	7,3	7,0	7,5
subsídios	1,5	1,5	1,7	1,1	1,9
<b>CARGA TRIBUTÁRIA LÍQUIDA</b>	<b>9,7</b>	<b>12,2</b>	<b>11,9</b>	<b>10,6</b>	<b>9,4</b>

<sup>23</sup> O déficit foi financiado pelo endividamento público externo e interno. Analisando cada dívida, usando como proporção o PIB, temos, para a dívida externa, a maxidesvalorização cambial de 30% e a assunção, pelo setor público, de dívida externa de responsabilidade do setor privado por meio de depósitos de projeto referentes à renegociação da dívida sob a supervisão do FMI. (CARNEIRO, 2002, p. 191).

Fonte: Bacen/ Depec – Indicadores Macroeconômicos do Setor Público (1989).

A defasagem de preços e tarifas públicas, que constitui importante subsídio ao setor privado e fator crucial de desequilíbrio das finanças públicas, ampliou-se no período 1984-1989.

Outro fator, determinante da carga tributária líquida, é a carga de juros. Os movimentos da carga de juros estão fortemente influenciados pela relação entre a inflação e as correções monetária e cambial que atualizam o valor do estoque da dívida. Num período com vários congelamentos de preços e alterações na taxa de câmbio, dado o elevado estoque da dívida, a relação entre os indexadores das dívidas e a inflação passa a ser central na determinação da carga de juros, revelando outra face da deterioração do financiamento público. (CARNEIRO, 2002, p. 197).

Os anos 1985-1989 mostram uma magnitude crescente do déficit – sugestivo de descontrole explícito das finanças públicas – com declínio no superávit primário – sugestivo de política fiscal menos contracionista – em relação ao período de 1981-1984.

[...] considerando o crescimento da carga de juros, o ajustamento obtido em 1981-1984, com o superávit primário cobrindo parcela expressiva desta, deveu-se primordialmente ao corte de nos gastos, tendo [...] poucas chances de sustentação. Trata-se [...] de esclarecer em que medida a gestão da política fiscal no período 1985-1989 agravou a situação das finanças públicas, ou apenas executou uma política inevitável. (CARNEIRO, 2002, p. 198).

Com a restrição financeira sobre o setor público oriunda do estoque de dívidas, indicam-se dois padrões contraditórios de ajustamento nos anos 1980. Na primeira metade, o superávit primário fundado no corte dos investimentos e, na segunda metade da década, a recuperação de gastos ativos – em especial gastos correntes –, não contribuindo para amenizar as dificuldades de financiamento do setor público. Ademais, o Tesouro arcou com ônus crescente dos desequilíbrios das empresas estatais, o que se torna fator adicional de constrangimento aos gastos públicos.

#### 2.1.5 Crise monetária e hiperinflação

Que há hiperinflação nos anos finais da década de 1980 é consenso. Nesse período, mais do que o patamar quantitativo da variação de preços, interessa assinalar a perda de relação das suas trajetórias com o comportamento dos custos, num movimento denominado “financeirização dos preços”. No âmbito monetário, por meio do desenvolvimento da moeda

indexada, representou indiretamente a dolarização da nossa economia. (CARNEIRO, 2002, p. 205-206).

A centralidade da restrição externa e, mais precisamente, da transferência de recursos reais para o exterior, são hipótese formuladas sobre o processo inflacionário da segunda metade da década de 1980. O principal requisito para obtenção de êxito, dos programas de estabilização, era conseguir estabilizar o valor externo da moeda.

[...] a ruptura do financiamento externo e a transferência de recursos reais para o exterior estão na raiz da incerteza quanto à evolução da taxa de câmbio, cujo efeito sobre as outras esferas da economia dá ensejo ao desenvolvimento de um processo hiperinflacionário. (CARNEIRO, 2002, p. 206).

### 2.1.6 Desaceleração do crescimento

O exame da globalização como ordem internacional apresenta o núcleo do sistema monetário internacional – SMI. A nova ordem econômica internacional, pelos principais traços do processo, estabeleceu as formas e os limites da inserção dos países periféricos.

A globalização resulta da interação de dois movimentos básicos: no plano doméstico, da progressiva liberalização financeira, e, no plano internacional, da crescente mobilidade dos capitais. Implícita nessa hipótese está a ideia de que a globalização produtiva, embora relevante, é um fenômeno subordinado, [...] onde a onda de inovação transformadora da produção e mercados e que promoveu um crescimento sem paralelo do investimento direto estrangeiro tem seus limites ditados pela dominância da acumulação financeira. (CARNEIRO, 2002, p. 227).

Um dos principais efeitos da liberalização financeira na dinâmica capitalista é a financeirização – norma de ação dos vários agentes<sup>24</sup> econômicos. Quanto mais aprofundada a liberalização, mais a lógica especulativa toma conta dos agentes.

---

<sup>24</sup> Os principais agentes do processo são investidores institucionais, empresas, os bancos aos quais correspondem, *grasso modo*, os fluxos de capitais de porta-fólio, investimento direto e crédito de curto e longo prazos. Todos com suas linhas gerais, importância, objetivo e estratégias e diferenças. (CARNEIRO, 2002, p. 229).

### 2.1.6.1 Instituições e atores relevantes

A análise dos atores da globalização, nas décadas de 1980 e 1990, modifica-se pouco em relação aos agentes, mas bastante em relação aos países, pela incorporação maciça da periferia durante a última década. A instabilidade dos fluxos de capitais caracteriza o processo de globalização; um aumento da volatilidade para todos os tipos de fluxos de capitais, em razão da dominância da acumulação financeira sobre a produtiva. Este aspecto do sistema já se fez presente nos anos 1980.

Na globalização houve um crescimento substantivo das transações brutas por várias razões. Uma delas decorre do fato de que a globalização é uma via de mão dupla, ou seja, a liberalização ampla dos fluxos de capitais implica que os países recebem e exportam capitais simultaneamente. [...] Outra é [...] o sistema de taxas de câmbio flexíveis e juros flutuantes. (CARNEIRO, 2002, p. 237).

### 2.1.6.2 Os anos 1990 e a integração da periferia

Temos duas exterioridades nos anos 1990, com o contínuo fluxo de capitais: a inclusão ou reintegração dos países emergentes aos mercados de capitais; e outra, a crise do México, Ásia, Rússia e América Latina e sua possível generalização global.

A retomada dos fluxos de capitais em direção aos países emergentes durante os anos 90, após uma década de exclusão, com predominância ou quase exclusividade dos fluxos privados, atinge seu valor máximo em 1996. (CARNEIRO, 2002, p. 243).

Apresentam do ponto de vista de sua composição, dois períodos: domínio do portfólio até 1993, quando o Investimento Direto Estrangeiro (IDE) assume a liderança, em razão do seu crescimento e pouca volatilidade. Uma combinação de fatores determinou a trajetória desses fluxos. No mercado central, seriam por transformações de duas ordens: estrutural e cíclica.

Enfatizam-se também os fatores de atração nos países receptores, como a reorientação da política econômica de longo prazo na direção de sua liberalização e de curto prazo, pela manutenção de elevados rendimentos, principalmente pelos altos patamares de juros. [...] A queda da taxa nominal e real de juros nos países centrais é considerada também como um fator cíclico relevante, embora cada vez menos importantes na medida em que os fluxos de IDE tornam-se predominantes. (CARNEIRO, 2002, p. 245-246).

Desse ponto de vista, da ótica dos países emergentes, embora as condições macroeconômicas e de juros tenham sido inicialmente relevantes como fatores de atração, o processo de fusões e aquisições, incluindo a privatização, teve maior peso. (CARNEIRO, 2002, p. 246). A atração de capitais pelos emergentes deve-se em grande medida ao diferencial de taxa de juros. Uma absorção financeira superior à real implica acumulação de reserva e sua aplicação a uma taxa de juros inferior à da captação. A política de esterilização dá origem ao déficit quase-fiscal – diferença entre o juro obtido na aplicação de reservas e a taxa de juros paga aos detentores de títulos. Os fluxos de capitais resultaram em valorização real do câmbio. Políticas requeridas para evitá-lo foram a razão desse resultado. “A possibilidade de realizar uma operação maciça de esterilização, capaz de manter a taxa real de câmbio está limitada pelo constrangimento às finanças públicas”. (CARNEIRO, 2002, p. 249).

#### 2.1.7 Abertura financeira, balanço de pagamento e financiamento.

Nos anos 1990, houve uma ação de liberalização da economia brasileira, tendo a abertura financeira como característica. Essa abertura engloba duas dimensões: conversibilidade<sup>25</sup> da conta de capital do balanço de pagamento e a desnacionalização<sup>26</sup> de parcela expressiva das empresas do setor financeiro – ramo bancário, especialmente. Como consequência, observa-se a substituição monetária<sup>27</sup>. A abertura financeira, nas suas várias dimensões, conduz necessariamente ao enfraquecimento da moeda nacional, expresso num grau significativo de substituição monetária. (CARNEIRO, 2002, p. 265-267).

O rápido crescimento do passivo externo da economia brasileira resulta da abertura financeira. Foi um desempenho com trajetória colada ao ciclo de crédito internacional, caracterizando, ao final do processo, uma situação de grande vulnerabilidade externa.

---

<sup>25</sup> O grau de conversibilidade revela a mobilidade dos capitais entre o país e o exterior. (CARNEIRO, 2002, p. 265-267).

<sup>26</sup> Desnacionalizar diz respeito a mudanças no controle da propriedade do sistema financeiro permitidas por mudanças permanentes ou *ad hoc*. (CARNEIRO, 2002, p. 265-267).

<sup>27</sup> Substituição monetária refere-se ao uso de moedas estrangeiras em funções que, em princípio, deveriam ser realizadas pela moeda doméstica. (CARNEIRO, 2002, p. 265-267).

### 2.1.8 Abertura comercial, desnacionalização e dinâmica do crescimento.

A industrialização por substituição de importação propôs dinamismo elevado à economia brasileira por vários anos. Produzir com destino essencialmente ao mercado interno germina um dinamismo maior que o padrão alternativo fundado no mercado externo.

A viabilização desse modelo teve no Estado um ator fundamental, [...] assumindo determinadas atividades na indústria de base e infra-estrutura, [...] desinteressantes para o setor privado, e, ao mesmo tempo, por meio de seus investimentos, oferta de bens essenciais e mercado para os empreendimentos privados. (CARNEIRO, 2002, p. 312-313).

O neoliberal, um paradigma de crescimento alternativo ao desenvolvimentismo, apresenta a concorrência como o motor primordial do processo. Uma política de oferta, sintetizada na ampliação da concorrência *vis-à-vis* a política de demanda ou garantia de mercado decorrente do segundo paradigma – desenvolvimentismo.

Da perspectiva do setor produtivo, as dimensões do processo de liberalização com maior impacto foram a abertura comercial e a desnacionalização da propriedade da qual as privatizações representaram parcela significativa. (CARNEIRO, 2002, p. 309).

#### 2.1.8.1 Abertura e estrutura da propriedade: desnacionalização e privatização

As estatais foram utilizadas para captação de recursos externos nos anos da década de 1970. Associado a isso, padeceram subtarifação de seus produtos, reduzindo sua capacidade de investimento. As estatais têm seu quadro econômico-financeiro agravado, e nesse cenário surge o Plano Nacional de Desestatização (12 de abril de 1990).

De uma perspectiva geral, pode-se afirmar que as fusões e aquisições (F&As) traduzem uma tendência inerente ao capitalismo, qual seja, a da centralização dos capitais. Desse ponto de vista, os problemas mais graves estão na área de serviços públicos, anteriormente estatais, que foram privatizados, atividades cuja natureza favorece a formação de monopólios privados em substituição aos públicos. (CARNEIRO, 2002, p. 337).

O processo de desnacionalização da propriedade das empresas, da perspectiva dos países da periferia do sistema capitalista, intensifica-se, nos anos 1990, por um crescimento das fusões e aquisições na economia brasileira. Nesses anos,

[...] assistiu-se ao desmonte do antigo padrão de crescimento assentado no tripé empresa estatal-empresa multinacional-empresa nacional privada [...] configurando o realce da empresa estrangeira, onde [...] suas decisões de investimento, por inserção global, são distintas das locais, ampliando a presença de oligopólios globais” no capitalismo brasileiro. (CARNEIRO, 2002, p. 340).

#### 2.1.8.2 Dinâmica do crescimento

A performance de crescimento<sup>28</sup> da década de 1990, vista pela taxa de crescimento do PIB, reflete o baixo investimento, sobretudo em construção civil não-residencial,<sup>29</sup> “inferindo-se desta informação o menor poder de encadeamento do investimento durante a década. Da média de 5,4% do PIB nos anos 1970, reduzem-se para 3,7 nos anos 1980 e 2,2% nos anos 1990”. (CARNEIRO, 2002, p. 341).

#### 2.1.9 Antecedente e pré-requisitos do Plano Real

O programa de estabilização inicia-se devido às condições de equilíbrio fiscal e do balanço de pagamentos. A ausência de crise de confiança de maior intensidade sobre a dívida pública parece ser um requisito para deflagrar esse tipo de programa de estabilização. A estabilidade fundada na âncora cambial tem como pré-requisito condições adequadas de financiamento do balanço de pagamentos e do setor público. Outro requisito para realização do programa era o relativo equilíbrio fiscal. “O equilíbrio corrente do setor público era algo mais complicado, apesar da obtenção sistemática de elevados superávits primários nas contas públicas consolidadas”. (CARNEIRO, 2002, p. 364).

O equilíbrio intertemporal das contas públicas, um dos sustentáculos da confiança da moeda nacional, supõe uma postura do tamanho e papel do Estado na economia, refletido, por exemplo, no montante da carga tributária e na sua distribuição. “O que se pode estabelecer é que a prevalência da ordem liberal torna mais estreitos os limites para o déficit; eleva os

---

<sup>28</sup> Segundo Carneiro (2002, p. 340-341), 2,7% a.a. na década de 1990, um pouco acima dos 2,3% a.a. da anterior, representando metade da taxa média do período 1930-1980 e cerca de um terço daquele do período de 1950-1980.

<sup>29</sup> Reflexo do pouco dinamismo dos investimentos em infraestrutura, bem como a ampliação da participação do componente importado nos gastos totais com máquinas e equipamentos. (CARNEIRO, 2002, p. 341).

custos de rolagem da dívida; e define um padrão mais restrito para o equilíbrio fiscal”. (CARNEIRO, 2002, p. 364).

A estabilidade da moeda traria perda líquida e certa para as finanças públicas [...]. Como medida preventiva para enfrentar o esperado aumento dos gastos, o governo criou o Fundo Social de Emergência – FSE, [...] com objetivo central [...] de criar um instrumento capaz de esterilizar os acréscimos de despesas oriundos da estabilização, evitando o surgimento de déficits. O seu volume total era de 20% da receita, dos quais três quartos correspondiam à receita já existente, originária das transferências automáticas (receitas vinculadas), e um quarto a novas receitas oriundas de aumento da carga tributária. Dessa forma, o FSE era essencialmente um mecanismo de desvinculação de receita e ampliação da capacidade da União para cortar gastos. (CARNEIRO, 2002, p. 365).

#### 2.1.9.1 Impactos do Plano Real: inflação, preços relativos, câmbio e juros

A fixação da taxa de câmbio nominal permitiu que a moeda nacional recuperasse sua função de padrão de preços.

As transformações da economia brasileira na década de 1990 e, mais precisamente, a abertura comercial e as privatizações, foram duas principais razões para as mudanças de preços relativos observadas na nossa economia. [...] O objetivo implícito dos gestores da política econômica era obter uma queda o mais rápido possível da taxa de inflação e produzir um fato político que pudesse ser usado pelo ex-ministro da Fazenda na sua campanha à Presidência da República. (CARNEIRO, 2002, p. 372-373).

Um dos propósitos das altas taxas de juros nominais, durante os primeiros meses da estabilização, foi, conjuntamente com a apreciação cambial em curso, um cupom<sup>30</sup> cambial bem maior do que a taxa interna, garantindo o influxo de capitais.

A sustentação de taxas de juros muito altas durante um período muito longo, sobretudo após o declínio da inflação, está relacionada à apreciação do câmbio. A permanência em patamares elevados, mesmo após a absorção do impacto inflacionário da desvalorização, constitui a melhor evidência da importância dos limites externos à fixação dos juros internos. (CARNEIRO, 2002, p. 379).

---

<sup>30</sup> Remuneração dos capitais externos em moeda doméstica que tem como piso a taxa externa. (CARNEIRO, 2002, p. 377).

### 2.1.9.2 Impactos do Plano Real: consumo, saldo comercial, saldo primário, investimentos

Os efeitos deletérios da estabilização sobre as contas públicas foram significativos. Os indicadores de déficits mostram o equilíbrio fiscal (superávits operacionais) em 1993-1994 evoluírem para um trajeto de déficits operacionais até 1998. Após 1999, com a deterioração do financiamento externo e flutuação do câmbio, a política fiscal adquire um caráter francamente contracionista, via realização de superávits primários, que haviam desaparecido nos primeiros anos da década, para compensar a carga de juros.

A análise da política fiscal mostra duas etapas. Entre 1994 e 1998, o governo realiza uma política neutra, ou seja, financia déficits operacionais oriundos de pagamento de juros por meio de emissão de dívida pública e, ao mesmo tempo, amplia gastos correntes por meio do aumento da carga tributária.<sup>31</sup> No segundo, 1998 e 2000, o caráter é restritivo, pois os déficits operacionais são compensados por superávits primários. (CARNEIRO, 2002, p. 392).

### 2.1.9.3 Impactos do Plano Real: a dívida pública

A trajetória das dívidas interna e externa – repouso da estabilidade interna e externa da moeda – foi explosiva:

Na interna, crescendo 20 pontos percentuais do PIB após cinco de Plano Real. [...] na ausência de déficits primários nas contas públicas, a dívida originou-se da combinação entre taxas de juros elevadas e a esterilização da absorção de recursos financeiros do exterior. A política de esterilização implicou a emissão de dívida interna para enxugar a liquidez oriunda do superávit da conta de capital, [...] redundando no crescimento das reservas. O acúmulo de reservas foi uma estratégia deliberada para realizar a estabilização com âncora cambial. A sua esterilização era essencial para evitar uma queda da taxa de juros ou uma apreciação excessiva do câmbio, que terminaria por inviabilizar a entrada de capitais. Essa política teve, todavia, um custo muito alto expresso no chamado déficit “quase-fiscal” formado pela diferença de remuneração entre a dívida interna e as reservas internacionais. (CARNEIRO, 2002, p. 394).

A disparidade entre taxa de juros que remunera as reservas e a dívida interna faz que esta última cresça mais rapidamente. Ao final de alguns anos, o estoque de dívida pública não guarda mais relação com o montante de reservas. (CARNEIRO, 2002, p. 395).

---

<sup>31</sup> Cabe assinalar a concentração do aumento da carga tributária da União nas contribuições (Cofins, CPMF). Estas possuem duas características importantes: o caráter cumulativo e o não-partilhamento com as esferas subnacionais. (CARNEIRO, 2002, p. 392).

Dado que o valor interno da moeda repousa na solvência do Estado, como saldar o crescimento da dívida líquida do setor público descartando privatizações e desvalorizações da dívida pela inflação? Em condições de estabilidade da taxa de câmbio, o crescimento do estoque da dívida vai depender de três fatores: da taxa de juros real, do crescimento do PIB e do superávit primário. No regime de abertura financeira, pelo fato de a definição da taxa de juros ser externa, restam as duas últimas.

Evitar o questionamento do valor externo da moeda supõe desacelerar o crescimento econômico, o que impõe realizar superávits primários elevados ou admitir o crescimento da dívida pública interna para limites acima do aceitável pelo mercado, ou seja, significa aceitar o questionamento do valor interno da moeda. Então a política econômica de preservação da estabilidade deverá ter como um de seus elementos centrais o caráter restritivo. (CARNEIRO, 2002, p. 398).

## 2.2 Um pouco mais sobre a política econômica das décadas de 1990 e 2000<sup>32</sup>

### 2.2.1 A hipotrofia da política econômica de longo prazo nos anos 1990

O controle da inflação foi o tema da política econômica dos anos 1990. A discussão quanto ao longo prazo apresentou-se sob o rótulo do debate sobre “as reformas” (LESSA; EARP apud MAGALHÃES et al., 1999, p. 99). São apresentadas duas raízes – a externa e a interna – para a política econômica de curto prazo.

Na primeira, houve uma tendência mundial manifesta por fracasso de políticas econômicas para impedir a regressão cíclica da década de 1970. A economia desenvolvimentista teve popularidade entre a última grande guerra e a crise de 1970. Entre as características desta, incorporou um instrumental de análise de projetos que davam acesso a linhas de financiamento, e suas recomendações de política econômica para saída do subdesenvolvimento: “A crise da década de 1970 retirou sua base de apoio e a necessidade de reequilibrar a economia criou condições para a hegemonia do curto prazo”. (LESSA; EARP apud MAGALHÃES et al., 1999, p. 101).

Afloram interesses divergentes na corrida por postos vagos no aparelho do Estado com o fim do militarismo. Economistas – “Funaro; Sayad; Bresser” – fracassaram em sua tentativa

---

<sup>32</sup> Texto baseado no livro *Vinte anos de política econômica*. (MAGALHÃES et al., 1999).

de eliminar rapidamente a inflação, transformada em problema econômico prioritário. [...] Sua perda de legitimidade teve, pelo menos, duas consequências graves: uma foi a retirada, da agenda, das preocupações com o longo prazo. (LESSA; EARP apud MAGALHÃES et al., 1999, p. 103)”.

A redemocratização avança com a Constituição Federal de 1988. Esta agrupou blocos de proposições, com heterogêneos interesses – poucos comprometidos com a totalidade –, e se tornou o “principal bode expiatório para as mazelas econômicas nacionais, sobretudo em seus capítulos referentes ao resgate dos direitos sociais”. (LESSA; EARP apud MAGALHÃES et al., 1999, p. 104). Na eleição de 1989, o país caminhava sem alternativa para a hiperinflação.

A eleição de Fernando Collor de Melo foi acompanhada de “alardeada modernização, que consistiria em um elenco padronizado – e internacionalmente testado – de medidas liberalizadoras que pretensamente deveriam elevar a competitividade da economia. Bastaria a redefinição institucional para que o mercado pudesse exercer livremente seu papel Modernizador”. (LESSA; EARP apud MAGALHÃES et al., 1999, p. 104).

O mercado livre apresenta-se como clara alternativa para o futuro. Nesta condição, os economistas passaram a analisar políticas específicas: monetária, fiscal, cambial, industrial e de emprego, sendo reduzida a importância de se discutir o processo de desenvolvimento como um todo.

Acima de tudo, o Estado ficou sob suspeita e [...] ninguém se opôs quando boa parte da burocracia foi desarticulada, e com ela a capacidade de intervenção estatal. O sucesso do Plano Real, com a estabilidade monetária, conferiu legitimidade ao curto prazo. O governo consegue impor os termos do debate econômico – velocidade da desvalorização cambial. (LESSA; EARP apud MAGALHÃES et al., 1999, p.105).

Essa condição, na década de 1990, desmonta a estrutura governamental, que desempenhou papel fundamental na formulação de políticas desenvolvimentistas; com as privatizações, os conhecimentos presentes nas estatais saem do domínio público.

### 2.2.2 O Real

Imediatamente após seu lançamento, em 1º de julho de 1994, o Real sofreu uma forte valorização frente ao dólar. O entendimento de que isto era um fenômeno de mercado foi contido dois meses após. A partir daí, diversos reparos seriam introduzidos na política cambial. Uma reviravolta na balança comercial, que passaria a contribuir para a ampliação do

déficit de transações corrente dado câmbio vigente, levaria a uma necessária atração de fluxo de capitais<sup>33</sup> pelo país. (CASTRO, 2007, p. 67).

Decorrente do quadro acima, a política monetária, incumbida de regular a taxa de juros, teria de ser intensa e ininterruptamente acionada. Assim, o refreamento das importações estaria sendo obtido ao preço da contenção da economia e do desvirtuamento de um dos mais importantes sinais de mercado (juro). A tentativa de rebaixar o juro em 1997, ao reaquecer a economia, resultou em exacerbação do déficit externo. “Frente a esse quadro, com a chegada dos efeitos da crise asiática ao Ocidente, tivemos a freada de outubro de 1997”. (CASTRO, 2007, p. 68).

A mudança abrupta do grau de exposição de uma economia à competição externa (por redução das barreiras ao comércio, sobrevalorização cambial, ou ambas) é considerada, por muitos economistas, com algo a ser evitado. (CASTRO, 2007, p. 65).

O destaque conferido pela equipe econômica ao déficit fiscal<sup>34</sup> (em contraste com o desequilíbrio externo) correspondia ao posicionamento dos centros financeiros internacionais. A estabilidade, ao inviabilizar a corrosão inflacionária dos gastos, exigiria que o déficit fosse antecipadamente eliminado. Segundo Castro (2007), estes seriam o grande desafio e o condicionante maior da estabilização no Brasil, na acepção da equipe do governo.

Ainda na acepção da equipe de governo, a eliminação do déficit fiscal permitiria que, superada a fase inicial do plano, a taxa de juros pudesse ser reduzida. Enquanto o déficit não fosse derrotado, o governo seria obrigado a financiá-lo mediante o lançamento de títulos, o que exigiria a manutenção de juros altos (e desviaria recursos privados para o financiamento do gasto público). Desta maneira, se para os críticos a necessidade da manutenção de elevados juros decorria do déficit de transações corrente, o governo, enquanto pôde, ignorou o déficit externo, atribuindo ao desequilíbrio fiscal o papel de vilão. (CASTRO, 2007, p. 71).<sup>35</sup>

<sup>33</sup> “Em simultâneo, a necessidade de atrair capitais, na medida do necessário para compensar o (crescente) déficit de transação corrente reintroduzia no quadro conjuntural um importante fator de incerteza. Recriava-se com isso o risco macroeconômico, supostamente eliminado pela vitória sobre a inflação”. (CASTRO, 2007, p. 68).

<sup>34</sup> “Em face a críticas que desde cedo começaram a ser formuladas, os mentores da nova política lançaram mão de argumentos: ‘A apreciação ocorrida após o lançamento do Plano [...] consistia em subvalorização da moeda local pela hiperinflação do período anterior’; [...] ‘Convencidas de que as preocupações com a taxa de câmbio não tinham fundamento, as autoridades empenhavam-se em centrar as atenções no desequilíbrio fiscal’; ‘anos de prática orçamentária, sob alta inflação, por meio do retardamento dos gastos previstos, levavam ao equilíbrio *ex post* dos gastos e receitas públicas’”. (CASTRO, 2007, p. 70).

<sup>35</sup> “Observa-se que, além da diversidade de diagnóstico, existe aqui uma importante e delicada questão política: atribuir as dificuldades ao déficit fiscal equivalia, na prática, a responsabilizar o Congresso pelos problemas enfrentados na execução do Plano”. (CASTRO, 2007, p. 96).

### 2.2.3 Reforma tributária e da Previdência

É conhecida a importância na hierarquização dos problemas econômicos, que se atribui ao desajuste fiscal na configuração da instabilidade brasileira, e sua persistência nas mais variadas conjunturas políticas. A insuficiência/inadequação das receitas tributária e previdenciária, *vis-à-vis* os gastos previstos nos orçamentos, fiscal e da Seguridade Social, eram considerados descontrolados. Isto sustenta a retórica de que o ajuste fiscal, pelas reformas tributárias e previdenciária, resolveria o desajuste.

O ajuste fiscal tem sido essencial para a política de estabilização, e as autoridades econômicas optaram por contingência, pela severa redução do gasto público e desvinculação de receita. Atribui-se a responsabilidade pelo crescimento do déficit às reformas tributárias e previdenciárias de 1988.

Assim, sendo ou não “excesso” de gastos fiscais a causa do déficit público<sup>36</sup>, o equilíbrio primário nas contas públicas e as reformas tributária e previdenciária, que o sustentariam, aparecem como peças centrais no combate ao déficit. [...] Em duas décadas, 1980 e 1990, a receita pública foi influenciada pela atividade econômica (relação direta), taxa de inflação (relação inversa), criação de novos impostos e, alteração de alíquotas. (DAIN apud MAGALHÃES et al., 1999, p. 176-177).

O patamar de 30% do PIB de carga tributária, alcançado em 1990, dependeu de mudanças impostas pelo Plano Collor,<sup>37</sup> não só no âmbito de tributação, demonstrando o potencial de arrecadação do sistema tributário brasileiro. A comparação entre a distribuição da carga tributária no Brasil (do PIB no Brasil) e na OCDE (do PIB na OCDE), em meados da década de 1990, revela diferença significativa na tributação da renda, destinada à Seguridade Social, e na tributação sobre o patrimônio, tendo maior semelhança na carga sobre o consumo (gráfico 1), segundo Dain (apud MAGALHÃES et al., 1999, p.179-180).

---

<sup>36</sup> “Reconhecer que a própria política de estabilização engendrou um ciclo autônomo de agravamento das condições fiscais, ciclo que independe do controle das variáveis fiscais tradicionais. De fato, em grande medida, comportamento do déficit depende da determinação da taxa de juros, cujas flutuações afetarão tanto – ou mais – este déficit quanto o comportamento perdulário dos gastos fiscais. Na verdade, o desequilíbrio fiscal tende a agravar-se em momentos que combinam crescimento baixo ou negativo, elevada dependência de capitais externos e rigidez à baixa dos gastos tipicamente fiscais do orçamento público. Mas, no Brasil, este desequilíbrio também se acentuou nos momentos áureos do Plano Real, que apresentaram taxas de crescimento e carga tributária elevada, além de queda nos gastos fiscais típicos. Foi uma decorrência do elevado patamar das taxas de juros, imposto para equilibrar as contas externas e desaquecer a economia. Essas taxas elevaram os gastos com os encargos financeiros da dívida pública, não só no governo central, mas também nos Estados e grandes municípios, neutralizando os ganhos de arrecadação então verificados”. (DAIN apud MAGALHÃES et al., 1999, p. 177-199).

<sup>37</sup> “O Plano Collor determinou o corte radical dos incentivos do IPI, IR, II, e outros incentivos, e fim do anonimato; [...] isto reduziu a economia informal aumentando a base de arrecadação tributária da Federação e previdenciária ampliou a base de incidência do IOF e do IR”. (DAIN apud MAGALHÃES et al., 1999, p. 178).

De maneira sintética, pode-se afirmar que há desequilíbrio na composição da carga tributária brasileira. É exagerado o peso dos impostos indiretos<sup>38</sup>, particularmente no campo das contribuições sociais incidentes sobre base cumulativas, como o faturamento e a movimentação financeira. (DAIN apud MAGALHÃES et al., 1999, p. 180).

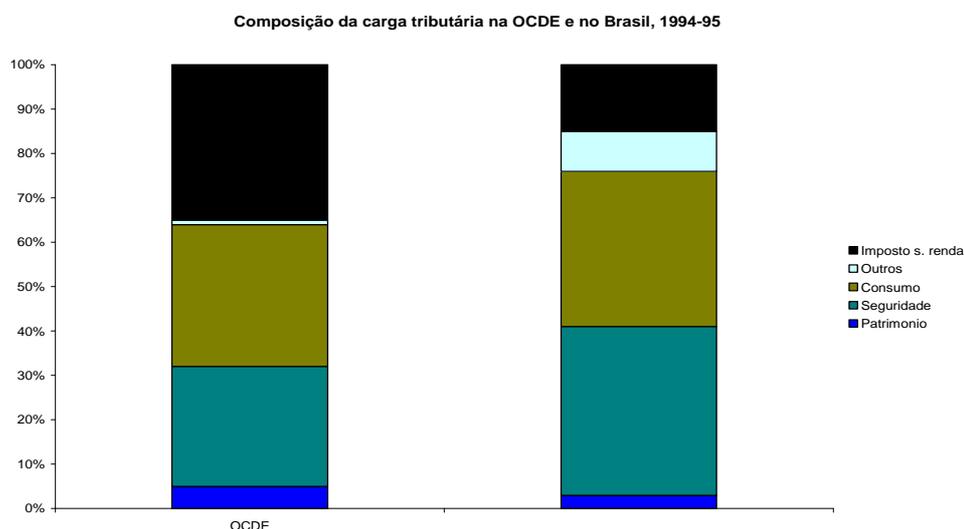


Gráfico 1 - Carga tributária na OCDE e no Brasil, 1994-1995

Fonte: Magalhães et al. (1999, p. 180).

No campo das “contribuições sociais”, o número de impostos é excessivo. Estes – Confins, Pis-Pasep e CSLL – integram o Orçamento Geral da União, de onde são repassadas à Seguridade Social. Não estão baseadas no princípio do benefício, ou seja, não geram expectativas de contrapartida direta, assim como os impostos em geral e contrariamente às contribuições sociais sobre a folha de salários, nas quais há certa correspondência entre contribuição e benefícios. (DAIN apud MAGALHÃES et al., 1999, p. 198).

Do ponto de vista federativo, entre outras distorções, a descentralização de encargos na área da Saúde e dos demais programas da Seguridade Social não encontra eco na partilha tributária das contribuições sociais, ampliadas em 1988 para esses fins e que estão na competência exclusiva da União (embora, como parte do processo de descentralização, existam exigências para a formação de fundos municipais, tanto no plano da educação como no da saúde). Isto resulta numa pressão adicional por recursos fiscais, destinados à contrapartida dos recursos federais, sem qualquer

<sup>38</sup> “A relação, estabelecida ao longo do tempo, entre inflação alta e padrão tributário, explica a maior concentração da estrutura tributária brasileira nos impostos indiretos, principalmente sobre o faturamento, e ilustra o difícil dilema entre ganhos de produtividade fiscal (visando ao ajuste) e correção das distorções tributárias que poderiam ser priorizadas numa nova reforma”. (DAIN apud MAGALHÃES et al., 1999, p. 181).

correspondência com os critérios constitucionais de descentralização fiscal. (DAIN apud MAGALHÃES et al., 1999, p. 181-182).

A Constituição Federal de 1988, na proteção social, garante os direitos individuais e amplia os coletivos. Para isto, associa dois modelos de financiamento (impostos e contribuições sociais) em dois orçamentos (fiscal e da Seguridade).

Garantir os direitos sociais se sobrepôs à presença de recursos, impondo busca de novas manancial de recursos e ampliando as receitas vinculadas aos programas que o materializavam. Também neste ano, os direitos sociais relativos a saúde e assistência se aproximaram, na hierarquia de direitos, dos benefícios previdenciários. Passados vinte anos, o Orçamento da Seguridade Social é virtual. (DAIN apud MAGALHÃES et al., 1999, p. 186).

Verificamos que o Orçamento da Seguridade não toma seu espaço. O financiamento da saúde perdeu, de um lado, para o Orçamento Geral da União e, de outro, para o Ministério da Previdência – devido ao rápido crescimento dos gastos referentes a direitos individuais.

Na competição por recursos, os programas universais, com menor capacidade de defesa, foram sendo progressivamente isolados em sua luta pelo acesso às fontes de receitas vinculadas pela CF a seu financiamento desde 1988. O Governo e os meios de comunicação se encarregaram de divulgar a falsa mensagem de que tais programas são deficitários, e portanto, inexecutáveis, sem lembrar que a raiz dos problemas que hoje os assolam foi o descaso e o desvio de novas fontes de receita, destinadas à expansão prevista nesses programas. (DAIN apud MAGALHÃES et al., 1999, p. 187).

O Ministério da Saúde, responsável pelas ações setoriais, não acessa as fontes de receitas vinculadas para seu financiamento, arrecadadas pela União. A receita produzida pela CPMF, criada para estas ações, foi um exemplo da falta de acesso do ministério. Usando como pano de fundo o financiamento da Seguridade Social, o Governo Federal começou a dar maior ênfase à arrecadação das contribuições sociais. Frustrou-se, assim, a dimensão universalizante do projeto de Seguridade Social pelo desrespeito à destinação constitucional<sup>39</sup> da receita das contribuições sociais. De um lado, pela maior produtividade fiscal das bases sobre o faturamento, em circunstâncias de alta inflação; de outro, pela não-vinculação destas fontes a partilhas constitucionais com estados e municípios. (DAIN apud MAGALHÃES et al., 1999, p. 188 e 191).

---

<sup>39</sup> À revelia do debate e das decisões sobre a Ordem Social, a instituição do Regime Único dos Servidores Públicos estendeu a um grande número de trabalhadores até então regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) o direito a aposentadoria integral, sem contribuição prévia e com a supressão da contribuição do empregador. (DAIN apud MAGALHÃES et al., 1999, p. 199).

Tabela 3 - As contribuições sociais em 1997

<b>Contribuições sociais federais</b>	<b>% do PIB</b>	<b>% da arrecadação</b>
Salários+ simples	5,20	17,8
Cofins	2,13	7,2
FGTS	1,49	5,1
Pis-Pasep	0,84	2,9
CSLL	0,84	2,8
CPMF	0,80	2,7
Total	11,30	38,5

Fonte: Magalhães et al. (1999, p. 191).

Tabela 4. Receita disponível do Governo Federal

União	56,4%
Fiscal	15,5%
Vinculada à Seguridade Social	39,9%

Fonte: Magalhães et al. (1999, p. 191).

Segundo a tabela 3, as contribuições sociais representaram, em 1997, 38,5% da carga tributária total brasileira e 11,3% do PIB. A tabela 4 permite avaliar em conjunto os efeitos da reforma tributária e da ampliação e diversificação das bases de financiamento da Seguridade, que emanaram da Constituição de 1988.

Se é verdade que a União perdeu receita tributária para estados e municípios, intensificando a descentralização, a perda foi mais do que compensada pela maior disponibilidade de recursos vinculados à Seguridade. Em 1999, isso era praticamente o equivalente a 2/3 dos recursos “livres” da União para o financiamento de suas responsabilidades de gastos. O crescimento dessas contribuições e de impostos não vinculados (como o IOF), comparado ao pequeno dinamismo do IR e o IPI, indica que o propalado crescimento da participação dos estados/municípios na receita tributária total a partir de 1988 foi em grande medida neutralizado pela exploração, por parte do governo federal, de bases de receitas não partilhadas com governos subnacionais. (DAIN apud MAGALHÃES et al., 1999, p. 191-192).

O Governo Federal atrasava o repasse dos recursos para Seguridade Social nos anos 1990, e com o alcance da estabilidade inflacionária, criou o Fundo Social de Emergência. Vejamos:

O manejo desses novos recursos, retidos recorrentemente pelo Tesouro e repassados com grande atraso aos ministérios responsáveis pelos gastos da Seguridade, significou também, na década de 1990, um corte expressivo nos valores reais desses

programas e a frustração das determinações da Constituição de 1988, quanto ao desenvolvimento dos aspectos universais da proteção social. Quando, a partir de 1994, o controle do processo inflacionário eliminou o potencial de corte que estava implícito no atraso da liberação de recursos repassados do Orçamento Geral da União ao Orçamento da Seguridade, o governo central, sob a justificativa de financiar os gastos sociais, instituiu o Fundo Social de Emergência como mecanismo de contingenciamento da despesa. O Fundo de Estabilização Fiscal, que o sucedeu, teve o mesmo sentido. (DAIN apud MAGALHÃES et al., 1999, p. 193).

Um caminho mais digno para melhorar o respeito aos direitos sociais seria a exposição clara da forma de partilha dos recursos destinados para o social. Alterações fiscais para garantir um superávit fiscal são lançadas pelo Governo Federal como saída para a estabilização.

A falta de regras na distribuição desses recursos e seu contingenciamento tornaram a Seguridade, “então a Saúde”, prisioneira do processo de estabilização. Por longo tempo, o discurso governamental associou o êxito de um ajuste fiscal estrutural a uma “reforma tributária”, cujo objetivo declarado era ampliar a arrecadação. As dificuldades na implementação de um projeto tributário mais abrangente vêm obrigando o governo a lançar mão de alterações emergenciais, entre as quais, a criação (da já extinta) IPMF/CPMF, e as mudanças no IOF e no IR, com vista à mera manutenção do superávit primário. Apesar dessas mudanças, e outras, as metas fiscais se frustraram em 1996 e 1997, tanto em decorrência da elevação das taxas de juros reais internas, em resposta à instabilidade nos mercados financeiros internacionais. (DAIN apud MAGALHÃES et al., 1999, p. 193-197).

#### 2.2.4 A política fiscal em 2003<sup>40</sup>

A política fiscal de 2003 foi fatalmente marcada pelos eventos ocorridos em 2002. Como se sabe, a dívida líquida chegou a 64% do PIB em setembro de 2002, reacendendo o temor de uma possível moratória. Nesse contexto, o Governo Fernando Henrique Cardoso negociou, com o apoio dos principais candidatos à Presidência da República, uma extensão do programa com o Fundo Monetário Internacional (FMI) para 2003, como compromisso de geração de um superávit primário consolidado de 3,75% do PIB no primeiro ano do futuro governo<sup>41</sup>. (GIAMBIAGI, 2006, p. 2).

Os elementos assinalados requeriam, claramente, uma forte elevação da taxa de juros reais, e faziam com que ela incidisse sobre uma base maior do que a do passado. A carga de juros, portanto, impunha a exigência de um superávit primário elevado. O novo governo

<sup>40</sup> Item foi desenvolvido a partir da leitura do artigo “A política fiscal do Governo Lula em perspectiva histórica: qual é o limite para o aumento do gasto público”. (GIAMBIAGI, 2006).

<sup>41</sup> Uma vez definidos o resultado eleitoral e a composição do novo governo, este se viu pressionado por três circunstâncias. Primeiro, o valor do dólar, que, depois de ter começado o ano de 2002 em R\$ 2,30, tinha atingido uma cotação de quase R\$ 4 – num contexto de risco-país superior aos 2 mil pontos – impactou em cheio a inflação, cuja taxa mensal chegou a ser de mais de 3% no final do ano. Segundo, a expectativa de variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) para 2003, captada nas sondagens do Banco Central (Bacen) junto a aproximadamente uma centena de instituições, tinha dado um salto de 5,5% para 1,0% em menos de dois meses, próximo do final de 2002, no clímax de incerteza que cercava as políticas a serem adotadas a partir de janeiro. Terceiro, a dívida pública, que já em 2001 tinha passado de 49% para 53% do PIB, apesar da queda registrada nos últimos meses de 2002, tinha fechado o ano (2002) em 56% do PIB.

tomou rapidamente cinco medidas cruciais para a superação da situação de emergência existente no começo de 2003, caracterizada pela vigência de inflação elevada, forte pressão do câmbio e risco país altíssimo: 1) reduzir a inflação revista (IPCA) de 8,5% em 2003 para 5,5% em 2004; 2) aumentar para 26,5% a taxa de juro nominal, debelando a ameaça inflacionária; 3) passou de 3,75% para 4,25% do PIB a meta de superávit primário do setor público em 2003; 4) comprometeu-se, na Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2003, a manter a meta de 4,25% em todo período de governo; 5) submeteu à apreciação do Congresso duas Propostas de Emenda Constitucional (PEC), posteriormente aprovadas<sup>42</sup>. Essas reformas estruturais se referem à previdência social e ao sistema tributário. (INSTITUTO..., 2001, p. 3).

O governo central teve melhora expressiva do superávit primário nos anos 2003-2005 em relação à administração precedente, confirmando o comportamento da política fiscal nos anos anteriores, em que a função de reação das autoridades as levava a aumentar o esforço fiscal diante de aumentos da relação dívida pública/PIB. (MELLO, 2005). Depois de o superávit primário ter sido de 2,1% do PIB na média de 1999-2002 e de 2,4% do PIB em 2002, a variável aumentou para 2,5% do PIB em 2003 e em torno de 3,0% do PIB nos dois anos posteriores.

Analisando [...], nota-se que o superávit foi decorrência da combinação da existência de níveis tanto de receita como de despesas maiores como proporção do PIB em relação à média dos anos anteriores. No caso da receita, observamos de forma desagregada a pequena queda de receita observada em 2003 e o forte incremento da carga tributária pelo aumento da Cofins em 2004, com a definição do novo sistema de arrecadação com base no valor adicionado e a adoção de uma alíquota, que claramente esteve longe de ter sido “neutra” em termos de arrecadação. Observa-se que a receita de Cofins por si só aumentou 0,7 pontos percentual (p.p.) do PIB entre 2003 e 2004. Além disso, destacam-se a maior receita do PIS-Pasep – beneficiada pelo mesmo erro de “calibragem” da alíquota por ocasião da mudança do sistema de arrecadação para valor adicionado em 2003 – e, principalmente, o forte aumento de tributação sobre as pessoas jurídicas via Imposto de Renda (IR) e Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) em 2005. (GIAMBIAGI, 2006, p. 4).

O gráfico 2, a seguir, mostra o processo de elevação da dívida pública em perspectiva histórica. A variável, de 1981 a 2005, teve ciclos caracterizados de forma muito nítida.

<sup>42</sup> Essas reformas estruturais, expostas com maiores detalhes em documento oficial da Secretaria de Política Econômica (SPE, 2003), podem ser resumidas nos seguintes pontos: no caso da reforma previdenciária, aprovou-se a taxação dos inativos; adotou-se a idade mínima para a aposentadoria de 55 anos para as mulheres e 60 para os homens para todos os trabalhadores da administração pública na ativa – prevista na Emenda Constitucional de 1998 apenas para os novos entrantes; e aumentou-se o teto de benefícios do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). No caso da reforma tributária, renovou-se a Desvinculação de Recursos da União (DRU), permitindo ao governo certa margem de manobra para não ser tão limitado pelo peso das vinculações; prorrogou-se a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) de 0,38% sobre as transações financeiras até 2007; e, posteriormente, implementou-se a mudança na modalidade de cobrança da contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), para substituir a taxação sobre o faturamento pela tributação do valor adicionado, o que na prática veio a se revelar um poderoso instrumento de aumento da arrecadação a partir da vigência da mesma, em 2004.

A primeira fase foi no começo dos anos 1980, quando a dívida pública era predominantemente externa. A combinação da crise da dívida, a assunção de passivos externos por parte do governo federal e a maxidesvalorização real de 1983 – que aumentou o tamanho relativo da dívida em moeda estrangeira – levou a uma explosão do indicador, que mais do que dobrou de tamanho em termos relativos em apenas três anos, chegando a um pico de 56% do PIB em 1984. (GIAMBIAGI, 2006, p. 15).

A segunda fase, período de 1985 a 1994, segundo o gráfico 2, apresenta queda da dívida pública. Esse período foi dominado por uma combinação de cinco fenômenos, segundo IPEA (2006, p. 16):

a) a tendência de longo prazo à apreciação real do câmbio em relação ao “pico” de 1983-1984, no auge da crise dos mercados internacionais que sucedeu à moratória mexicana, o que contribuiu para reduzir o tamanho da dívida externa pública; b) o acordo da dívida externa de 1994, que representou um corte de 30% a 35% de uma parcela da dívida externa; c) a existência de diversos episódios de subindexação da dívida interna, com graus variados de explicitação, nas circunstâncias de altíssima inflação prevaletentes no período; d) um fluxo relevante de senhoriagem, de 3% a 4% do PIB, que colaborava para financiar parte substancial do déficit público; e e) 32% de crescimento acumulado do PIB nesse período, contribuindo para a redução do coeficiente dívida/PIB.

Em 1994, a dívida líquida do setor público estava em 30% do PIB. Com um componente predominantemente interno, demonstramos que nesta segunda fase a dívida interna se conservou em 22%. Enquanto isso, a externa caiu de 33% para quase 9% do PIB.

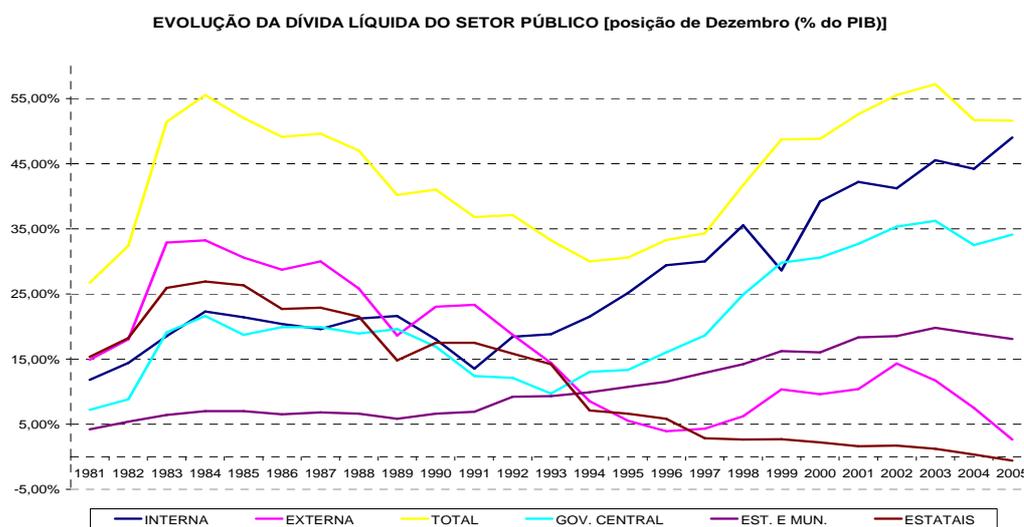


Gráfico 2 - Evolução da dívida líquida do setor público. Posição de dezembro (% do PIB)

Fonte: Criação própria a partir de Giambiagi (2006, p. 15). Esse autor usou o Bacen como fonte. A evolução da dívida líquida do setor público inclui base monetária como parte da dívida interna.

A terceira fase do gráfico 2, período de 1995 a 2002, demonstra aumento do endividamento público. Inicia-se uma sistemática elevação anual a partir de então, na proporção do PIB. Entre 2003 e 2005, tivemos uma fase de queda da dívida pública/PIB. A queda de 2004 foi precedida por um pico de 56% e 57%, em 2003 e 2004, respectivamente. Vejamos o que nos apresenta o autor analisado.

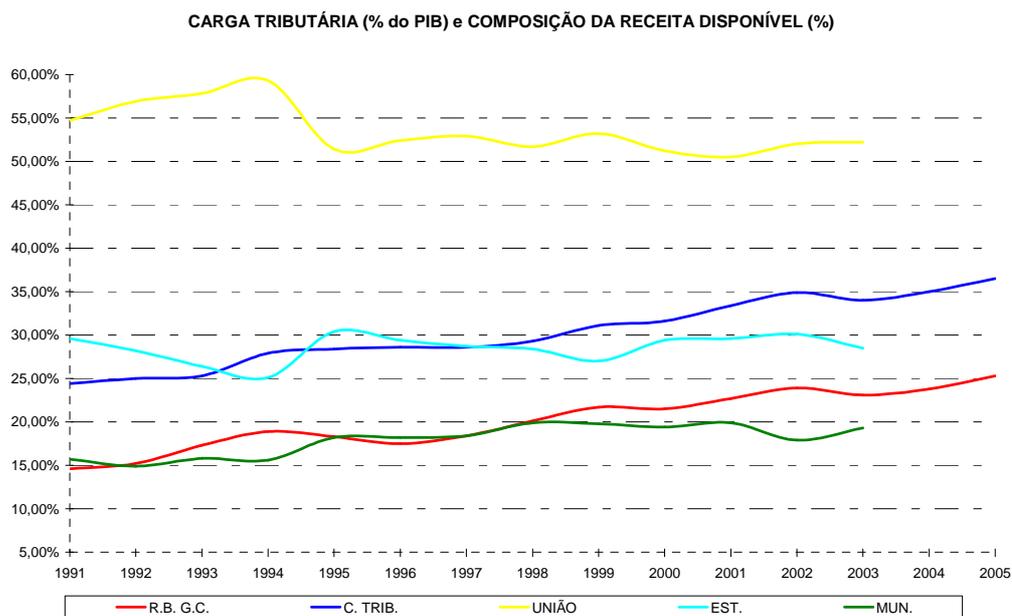
O terceiro período, de aumento do endividamento público, foi inaugurado com a piora sensível da situação fiscal em 1995 – medidas pela deterioração do resultado operacional de 6% do PIB em relação a 1994 – combinada com o virtual desaparecimento do financiamento via senhoriagem, que se tornou praticamente inexpressivo após a queda drástica da inflação. A partir de então, a dívida pública elevou-se sistematicamente como proporção do PIB em todos os anos, chegando em 2002, por coincidência, aos mesmos 56% do PIB de 1984. (GIAMBIAGI, 2006, p. 16).

A troca da dívida externa líquida por dívida interna, juntamente ao efeito dos juros limitando a redução da dívida total, está na gênese do aumento da dívida mobiliária federal. O ano de 2003 apresenta uma nova elevação da dívida pública/PIB. O patamar alcançado em 2002 repete o de 1984, 56% do PIB.

Nesse processo, houve uma substituição de dívida externa privada por dívida pública, à medida que, na crise externa de 2001-2002, o Bacen forneceu divisas aos devedores privados para quitarem seus compromissos no exterior, abastecendo o mercado de câmbio para não pressionar ainda mais a cotação do dólar e, para isso, endividou-se junto ao FMI. Somado à desvalorização real de 1999-2002, esse processo mais do que triplicou o peso relativo da dívida externa pública em 2002 em relação ao “vale” registrado em 1997. Já a dívida interna praticamente dobrou de importância relativa entre 1994 e 2002. (GIAMBIAGI, 2006, p. 16).

Como resultado da pressão contínua pelo aumento do gasto público, houve, como não poderia deixar de ser, uma nova elevação da carga tributária. Esse fenômeno pode ser aferido de duas formas, segundo o gráfico 3.

1. a receita bruta do governo central passou de 15% do PIB em 1991 para 19% do PIB no começo do Plano Real, em 1994; 20% do PIB no final do primeiro mandato de FHC, em 1998; 24% do PIB no final do segundo mandato de FHC, em 2002; e 25% do PIB em 2005;
2. a carga tributária, medida pelas Contas Nacionais, passou de 24% do PIB em 1991 para 28% do PIB em 1994; 29% do PIB em 1998; 35% do PIB em 2002; e uma estimativa de 37% do PIB em 2005.



**Gráfico 3 - Carga tributária**

Fonte: Giambiagi. (2006, p. 30). As fontes para a Receita Bruta do Governo Central (RBGC) são do STN. Para a Carga Tributária (C. TRIB.) e a Composição da Receita Disponível (UNIÃO; EST.; MUN.), IBGE. Para a Carga Tributária de 2004-2005, estimativa do autor.

Em termos das causas desse aumento da carga tributária, as conclusões dependem da base de comparação adotada. Entre 1998 e 2003, por exemplo, a receita disponível – resultado líquido da adição ou subtração de receitas oriundas de outras Unidades da Federação (UF) — do Governo Central passou de 51,7% para 52,2% do total. Entretanto, na média de 2001-2003, essa participação caiu ligeiramente, de 52,3% durante 1996-2000, para 51,6% do total no referido triênio. Em linhas gerais, portanto, é razoável se falar em um movimento conjunto e simultâneo de elevação da receita tributária do Governo Central e também de estados e municípios, tanto a partir do ajuste de 1999, como entre 2002 e 2005. (GIAMBIAGI, 2006, p. 30).

A associação de uma situação social ruim com o descontentamento popular devido elevada carga tributária, segundo o autor, leva ao discurso de mais gasto social. Isto é, o que a opinião pública entende como justa é uma ação que, simultaneamente, aumente o gasto social, mas diminua o dispêndio público total. Entretanto, a dimensão que alcançou aquela variável impede que isso seja possível. Em outras palavras, ou o gasto social, expresso como proporção do PIB, é preservado – e nesse caso será difícil obter uma redução importante do total – ou se ataca o problema do gasto público como um todo – e então será inevitável que isso afete também o gasto social. Já em 1997, nos primeiros anos do Plano Real, Ohana (1997, p. 12 apud GIAMBIAGI, 2006, p. 37) concluía que:

[...] uma grande parte do ajustamento deveria vir dos setores sociais. Um dos maiores problemas da economia brasileira é a necessidade de desenhar um novo papel para o setor público nas áreas sociais. Considerando que, a médio prazo, não há que esperar grandes ganhos de eficiência do governo, falar de reforma fiscal no Brasil significa cortar o gasto social.

Após um ajuste importante em 2003, o Governo Lula, a partir de 2004, retomou a trajetória que caracterizou as duas gestões de governo anteriores (1995-1998 e 1999-2002), marcadas também pela elevação da carga tributária.

Os últimos dois períodos de governo registram dois marcos que definiram pontos de inflexão importantes: 1999, quando foi feito um ajustamento primário expressivo; e 2003-2004, quando, pela primeira vez desde 1994, a relação dívida pública/PIB experimentou uma queda. (GIAMBIAGI, 2006, p. 47).

O ajuste fiscal iniciado em 1999 continuou no mandato do Presidente atual. A queda da dívida pública/PIB em relação a 2002 e a obtenção de um superávit primário médio de 4% a 5% do PIB de 2003 a 2006 são um balanço apresentado nesse contexto.

### 3 O IMPACTO DA POLÍTICA ECONÔMICA SOBRE A POLÍTICA SOCIAL

#### 3.1 Contingência de recursos

O fato é que a essência do Plano Real é: trabalhar com a taxa de juros alta blinda a economia brasileira, criando um gasto financeiro. Pois o que é a dívida pública? É o montante da dívida multiplicado pela taxa de juros. Se a taxa sobe o custo da dívida, em termos de amortização em serviço da dívida sobe muito. Então o preço de estabilização da economia é segurar uma parte da receita pública e não gastar.

O ajuste fiscal tem sido apresentado ano a ano como necessidade premente e a solução proposta reitera sua dependência de reformas tributárias e ajustes na política de proteção social, assim cada vez mais distantes das aspirações e interesses que as motivaram nos idos dos anos 1980. (DAIN, 2001, p. 113).

Quais são as áreas de gasto? Essencialmente, as áreas sociais. Então chegamos à relação entre a política de estabilização e a política social. O preço que foi pago, e isso é um drama em vários capítulos, a partir de então e até agora, é que estamos o tempo todo – claro, a estabilização foi feita, a inflação não voltou – com uma ameaça latente que ela venha a voltar. Não conseguimos estabilizar a estabilidade. A cada momento, temos que continuar cortando gasto social. E isso é uma decisão de políticas, do governo, sobre o que é a prioridade. Como bem coloca Biasoto (1999), segundo Dain:

[...] da fácil extrapolação para o orçamento público da necessidade da igualação entre receitas e despesas domésticas à sustentação da intrínseca ineficiência e perdularidade da máquina pública, o déficit ganhou contornos de inimigo da sociedade e raiz de todos os problemas econômicos. (DAIN, 2001, p. 114).

Se o prioritário fosse a política social, e se fossem honrados os compromissos com a cidadania, por exemplo, reajustando-se as tabelas do SUS para garantir a qualidade e a oferta de serviços de saúde, não sobrariam recursos no orçamento para o pagamento da dívida. E esta seria o elemento de pressão sobre o déficit público.

Na verdade, priorizar o pagamento de juros e cortar gastos sociais exprime uma hierarquização das decisões de gasto, pela qual o pagamento de juros é tido como inadiável. Se pudéssemos alterar tais hierarquias e declarar inadiáveis os direitos sociais, não haveria dinheiro para pagar os juros. E a leitura da problemática do financiamento público seria construída de outra maneira, não mais em torno do caráter “perdulário” do gasto fiscal, mas sim em torno do equívoco e da prepotência

de uma política de juros que vem sacrificando o bom desempenho das contas públicas, endividando os brasileiros e comprometendo a capacidade de financiamento das políticas sociais, tudo isso em nome de uma estabilização fiscal nunca concretizada. (DAIN, 2001, p. 114).

Na política de estabilização, ao contrário, começa-se pelo contingenciamento de recursos e, a partir deste amesquinha-se a política social. Numa avaliação a longo prazo da política social, é fácil constatar que as promessas contidas na Constituição de 1988 nunca foram totalmente realizadas. A CF 88 é um épico em termos de direitos virtuais, mas é uma história mesquinha no sentido da concretização destes direitos. A explicação para tal frustração está no entrelaçamento perverso que se estabeleceu desde então entre a política econômica e a política social.

Tirando a Previdência, todas as outras áreas de política social dependem do financiamento da receita tributária para concretizar seus gastos a fundo perdido. Com várias finalidades competindo pela mesma receita tributária, se a política econômica atribui prioridade ao pagamento dos encargos da dívida pública, há falta de recursos estáveis e suficientes para a política social. De um lado temos a Constituição Federal de 1988, que cria o orçamento da seguridade social, que é uma vinculação grande, de gastos compromissados com a cidadania, *vis-à-vis* a política econômica – Banco Central, Ministério da Fazenda e o Ministério do Planejamento –, ou seja, a área dura do governo, contingenciando recursos fiscais para honrar seus compromissos financeiros, fruto de equivocada política monetária.

Fernando Henrique Cardoso está pronto para deixar o ministério depois do carnaval se não lhe derem condição de trabalhar. “O congresso tem de aprovar o fundo de emergência, mas também é necessário que se comprometa com uma reforma fiscal, sem a qual nada é possível, afirma o ministro da Fazenda”. [...] no dia 8 de fevereiro, ele obtém sua primeira vitória. O Congresso aprova o Fundo Social de Emergência. Em 28 de fevereiro, o novo indicador Unidade Real de Valor – URV – é adotado por medida provisória. A Segunda Fase do plano é anunciada. Foi a última medida tomada por Fernando Henrique Cardoso como ministro da Fazenda. Ela permitirá preparar o terreno econômico para introdução da nova moeda. (LEONI, 1997, p. 315-316).

Contingências de recursos, ou seja, retira-se uma parte da receita tributária daquilo que seria seu gasto natural. Por esta razão, desde 1994 existe uma reserva que segue até hoje de 20% das principais receitas da União. Não temos um contingenciamento da Previdência Social, mas sobre as contribuições sociais há uma cota. De outra visão, teríamos um adicional de gastos para Saúde e Assistência Social, por exemplo, se a cada ano não tivéssemos esterilizado uma parte significativa dos recursos.

O posto acima nos familiariza com o que ocorreu em 1994, diferentemente dos exemplos de Chile e México. A estabilização dos preços no Brasil à custa da esterilização de

20% de gasto fiscal, em particular de natureza social, direcionando esta receita para pagamento da dívida pública e dos encargos financeiros a ela associados.

### 3.2 **Seguridade Social**<sup>43</sup>

A genealogia das principais características do sistema de saúde brasileiro de hoje é do século passado. Fruto de uma política de Estado, ação de um poder central exercido pelas oligarquias regionais, que instituiu normas de regulação social da relação entre o capital e trabalho, numa época de mudanças socioeconômica densas no Brasil. Características que representam repto ao cumprimento das cláusulas constitucionais de 1988 referentes à saúde, estão na legislação previdenciária de 1923.

Não se trata mais tão-somente de, por meio das políticas sociais, suprir os indivíduos, cidadãos portadores de direito, da satisfação das suas necessidades básicas, mas sim de promover formas de inclusão social desses indivíduos. [...] O desafio que qualquer política social hoje enfrenta, e as de saúde [...] é de como contribuir para que grandes contingentes de nossa sociedade, excluídos do mercado de trabalho e do acesso a fontes regulares de renda para sua subsistência, sejam incluídos e participem da vida social. (CAMPOS et al., 2006, p. 237).

Até 1930, o acesso era vinculado à contribuição compulsória do empregado e do empregador, complementado com financiamento do Estado, que para tanto criava novos impostos específicos. A partir de 1930, acrescenta-se o vínculo com a legislação trabalhista, que significava a inserção do trabalhador no mercado formal de trabalho. A assistência médica era previdenciária para assalariados urbanos, e ao Estado, na saúde, competiam ações de saúde pública – “saneamento do ambiente”. Os pobres faziam uso dos hospitais filantrópicos e as classes dominantes faziam uso dos médicos formados no exterior.

Várias características do sistema de saúde brasileiro com as quais o SUS tem que se defrontar são originadas na primeira metade do século passado. Herança de uma divisão e consequente dualidade entre órgãos governamentais no que diz respeito a definição e implementação de saúde no país. Nos âmbitos central e estadual de poder, há um duplo comando na área de saúde – o da Previdência Social, relativo à prestação de serviços médicos, e o do Ministério da Saúde, às ações coletivas de saúde pública.

---

<sup>43</sup> Texto elaborado a partir de Campos et al. (2006, p. 219-277).

Em decorrência, criou-se acentuada desigualdade no que diz respeito à força política, à visibilidade para o público em geral e à força econômica entre a assistência médica previdenciária e a atenção à saúde vinculada ao Ministério da Saúde. O comando previdenciário, vinculado inicialmente ao Ministério da Indústria e Comércio, a partir de 1970 contando com um ministério somente para a previdência e assistência social, era rico, pois seus recursos eram contributivos e não do orçamento público. O segundo, vinculado originalmente às ações de saúde de controle e prevenção, contava com poucos recursos. Esses recursos para o Ministério da Saúde sempre eram advindos do orçamento da União e dos demais entes da federação. (CAMPOS et al., 2006, p. 240).

Outra herança são duas clivagens no sistema de saúde. Uma oriunda diretamente do sistema previdenciário, que diferenciava as categorias de trabalhadores por sua inserção no mercado de trabalho. A segunda diz respeito a mudanças acentuadas na estrutura da demanda e da oferta de serviços de saúde que ocorrem no país a partir da década de 1970, criando-se com isso um sistema de saúde, em particular de assistência médica, composto de dois subsistemas: um subsistema público e outro privado, diferenciando o acesso aos serviços segundo a posição no mercado de trabalho e de consumo.

A partir da década de 1970, o setor público de serviços de saúde, vinculado ao Ministério de Saúde, passa a ofertar assistência médica individual à população previdenciária e não-previdenciária, sobretudo na área materno-infantil. É dessa época que a própria Previdência Social comprava serviços de assistência médica sob responsabilidade do Ministério da Saúde e/ou dos estados e dos municípios, pagando a produção, tal como fazia com o setor privado. Assim, uma das inúmeras distorções que o SUS tem de enfrentar, a partir de 1988, quando começa a ser implantado, consiste em redefinir o modelo de financiamento do Governo Federal para estados e municípios no interior do próprio sistema público de saúde, para que este não se limite aos moldes de convênio com pagamento por produção.

Ainda quanto às características da descentralização, houve inicialmente tímida implementação desde meados dos anos 1970, no contexto de um Estado altamente centralizado. Mesmo respaldada pela Constituição de 1988, apresenta afronta. O caso é singular na América Latina, onde municípios brasileiros alçaram à condição de entes da federação em 1988, juntamente com a autonomia substanciada pelo Fundo de Participação Estadual e Municipal. Apesar disso, como o financiamento da saúde em grande medida ainda é de responsabilidade do Governo Federal, é ele que acaba determinando os parâmetros em que a descentralização da saúde acaba se dando, com a definição das atribuições dos estados e municípios e seu grau de autonomia para ditar as respectivas políticas de saúde. Quanto à integralidade, hierarquização e regionalização do sistema de saúde, a regionalização acaba se defrontando também com o caráter de nossa federação e das formas de financiamento da saúde, que tornam municípios e estados competitivos entre si na arrecadação de recursos.

As políticas de saúde na sua formulação/implementação configuram-se como processos complexos de jogos de interesses múltiplos existentes na sociedade, de confronto de representações sobre o que vêm a ser as necessidades e as demandas de saúde da população, ou de seus distintos seguimentos socioeconômicos.

O Estado é a única instância da sociedade que detém os instrumentos legítimos e competentes para redistribuir de forma efetiva as riquezas socialmente produzidas, dentre elas “a atenção à saúde como um direito de todos e um dever do Estado”. (CAMPOS et al., 2006, p. 244-245).

### **3.3 Mudanças no padrão de financiamento e tributação: impostos e contribuições sociais, o nicho do OSS**

Vários foram os mecanismos utilizados pela União para recompor suas receitas tributárias e controlar o déficit decorrente dos aumentos das despesas nas esferas subnacionais de governo. Entre elas, as mais frequentemente citadas pelos especialistas são:

Ampliação e contingenciamento das receitas destinadas ao financiamento da Seguridade Social; corte nos investimentos públicos; imposição de restrições sobre a gestão de recursos fiscais no nível subnacional; implantação de um importante programa de privatização de empresas estatais de âmbito federal e estadual. (LIMA, 2006, p. 88).

Se a estabilidade macroeconômica finalmente foi alcançada em 1994, com a implantação do Plano Real, o preço pago foi alto demais. Todas essas medidas tiveram impacto negativo na economia (mais explorados na literatura sobre o tema) e no financiamento da política de saúde. (LIMA, 2006, p. 88-89). E, segundo Rezende e Afonso (2001), o regime fiscal duplo instaurado no pós-88 permitiu que, na prática, o movimento de recuperação de receitas pela União ocorresse.

No capítulo do Sistema Tributário Nacional, se definiram fontes de receitas específicas de cada ente e os tributos e montantes a serem partilhados. Mas as normas que estabelecem os recursos destinados à Seguridade Social não especificam nem os montantes a serem distribuídos entre as áreas – Previdência, Saúde e Assistência Social – nem a parcelas que deveriam ser destinadas ao financiamento descentralizado da política social oriundas das receitas orçamentárias da União e das esferas subnacionais. (LIMA, 2006, p. 89).

Assim, as contribuições sociais, cuja competência é exclusiva da União<sup>44</sup> e podem ser ampliadas em função da manutenção ou expansão das próprias ações e benefícios sociais, são

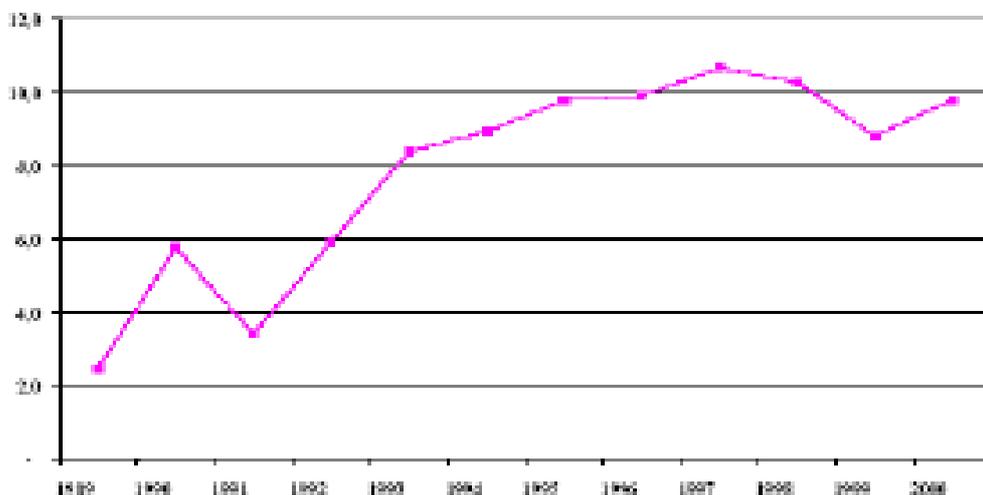
---

<sup>44</sup> Com exceção das contribuições voltadas para o financiamento do sistema de aposentadorias dos funcionários públicos municipais e estaduais. (LIMA, 2006, p. 89).

vinculadas ao financiamento de serviços descentralizados sem garantias do aporte de receitas. Isso favoreceu a concentração do poder político sobre as decisões relativas à arrecadação e ao destino final de fontes importantes de recursos destinados à saúde, e uma participação não uniforme das esferas subnacionais no financiamento setorial, já que nem todas têm as mesmas prerrogativas financeiras e priorizam a Saúde como área de gasto e investimento.

Durante os anos 1990, assiste-se a uma série de alterações na legislação tributária federal, mais intensa na segunda metade da década, que privilegia a cobrança de tributos não partilhados pelos critérios constitucionais. Entre essas medidas, destaca-se o aumento das alíquotas de impostos cumulativos e superpostos, como a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins); a Contribuição sobre o Lucro Líquido das empresas (CSLL); e o Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP); além da implantação de novos tributos, como é o caso da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), em 1997. Essas fontes de receitas têm como vantagem não sofrerem perda inflacionária significativa e permitem aumento expressivo da arrecadação tributária. (LIMA, 2006, p. 89-90).

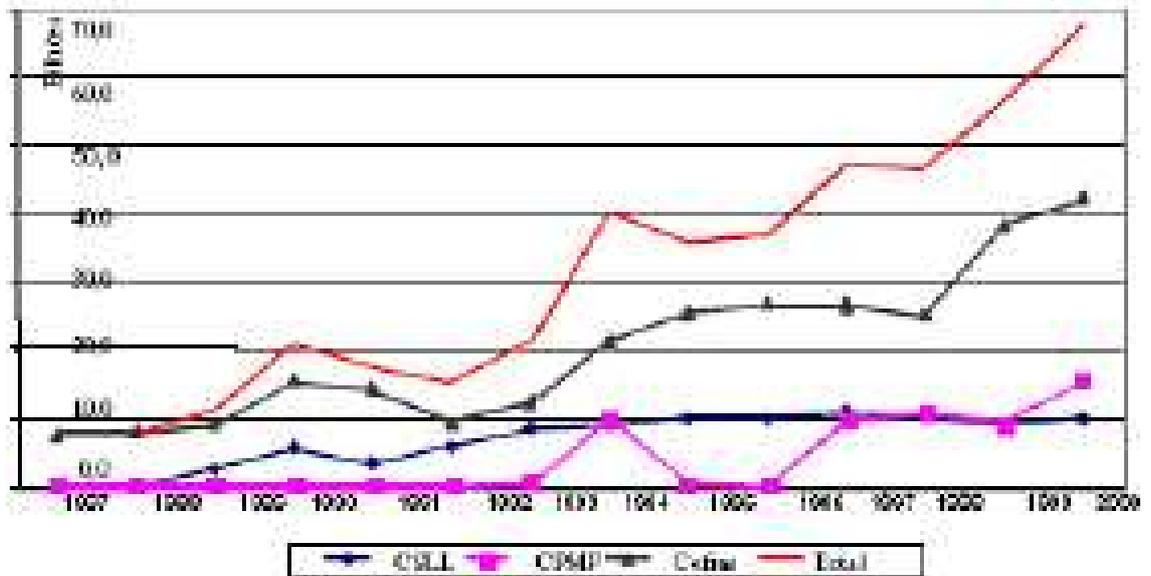
Analisando-se o gráfico 4, a seguir, que mostra a evolução da CSLL no período 1989-2000, observa-se que tal fonte saltou de R\$ 2,2 bilhões em 1989 para cerca de R\$ 10 bilhões.



Fonte: DAIN (2001)

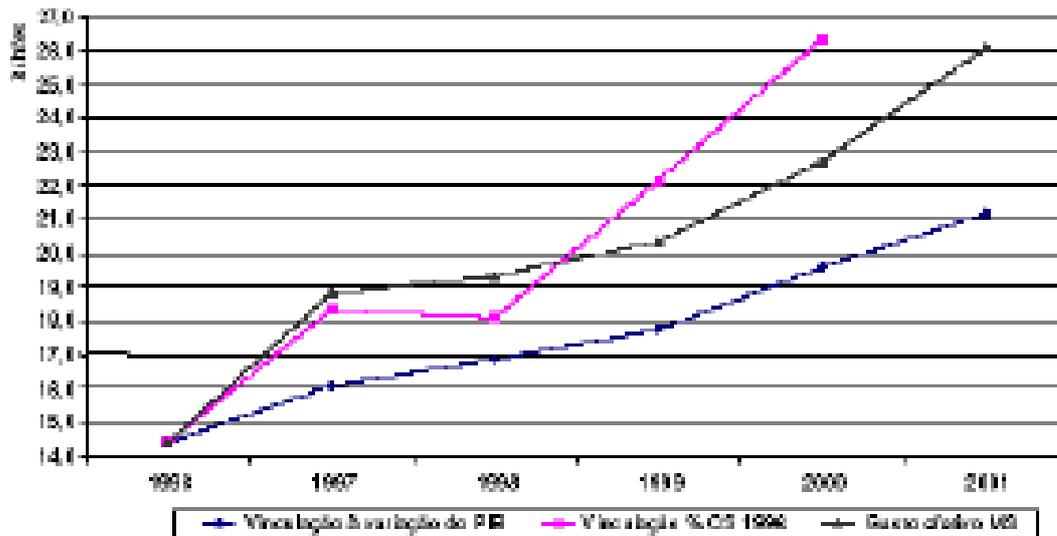
Gráfico 4 - Contribuição social sobre o lucro líquido – CSLL. Brasil, 1989-2000 (em R\$ bilhões, fev. 2001)

Dain (2001, p. 138) demonstra que a CPMF no final do período analisado já é mais vultosa do que a CSLL, enquanto a Cofins confirma a sua liderança, aportando mais de R\$ 40 bilhões no ano de 2000. Vejamos o gráfico 5.



Fonte: DAIN (2001).

Gráfico 5. Evolução da CSLL, CPMF E Cofins, Brasil: 1987-2000



Fonte: DAIN (2001).

Nota: 2000 e 2001 estimados.

Gráfico 6. Gasto do MS: Cenário de vinculação à variação do PIB *versus* cenário de vinculação da CSLL, CPMF e Cofins, à relação (%) existente em 1996 (39,17%) Brasil: 1996-2001

Muitas das medidas relacionadas à ampliação de alíquotas e a imposição de novos tributos decorrem da não-apropriação, pela Fazenda, das contribuições sobre a folha de salários que, desde 1993, foram destinadas exclusivamente ao financiamento da Previdência social. (DAIN et al., 2001). Para se ter uma ideia da sua importância, em 1998, a totalidade das contribuições sociais destinadas à Seguridade Social chegaram a representar R\$ 91,9

bilhões no orçamento da União. Deste montante, R\$ 45,9 bilhões eram arrecadados pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda, e R\$ 46 bilhões eram contribuições arrecadadas pelo Ministério da Previdência Social. Ante ao decréscimo da receita de impostos e à não-apropriação total dos recursos das contribuições sociais, o governo acabou lançando mão de outros dispositivos para ampliar sua receita disponível.

No entanto, a recomposição de receitas e o aumento da carga tributária nacional não se traduziram em investimentos e crescimento econômico, como gostariam alguns tributaristas. Publicações recentes revelam que os investimentos foram extremamente baixos e até mesmo caíram na segunda metade da década; o comportamento do PIB foi errático, sendo a maior cifra a de 5,9% em 1994; e a taxa de desemprego foi recorde em relação a períodos anteriores, associada ao aumento da informalidade. (OLIVEIRA; REZENDE, 2005; UGÁ; MARQUES, 2005). Assim, não serviram aos propósitos da ampliação necessária de gastos com investimentos diretos e transferências intergovernamentais, correntes e de capital, na área social. A importância das contribuições sociais cresceu, uma vez que esses recursos foram reapropriados da Seguridade, visando ao superávit fiscal e ao pagamento da folha de inativos dos funcionários públicos federais.

Mora (1998) resume os mecanismos utilizados pela União para o contingenciamento e desvio no uso dos recursos da Seguridade Social. Primeiro, no período inflacionário, através dos atrasos na liberação; posteriormente, com o Plano Real e a estabilização, criou-se o Fundo Social de Emergência (FSE), constituído, através da EC n.1, de 1º de março de 1994, com receitas oriundas de impostos (deduzidas as transferências constitucionais para estados e municípios) e de contribuições sociais (83% das receitas do Fundo, conforme a composição da carga tributária nacional).

Proposto para durar dois anos (1994 e 1995), o FSE é recriado sob a forma de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) em 1996, permanecendo em vigor até 1999. Em 2000, o FEF é reformulado e passa a se denominar Desvinculação de Receitas da União (DRU), até os dias atuais. Alegando necessitar sanear financeiramente a Fazenda Pública Federal e estabilizar a economia (justificativa para o FSE e FEF) e, em seguida, ter maior autonomia e flexibilidade para alocação dos recursos públicos sem prejuízo das ações da Seguridade Social (justificativa para o DRU), o governo central, com este Fundo, retira 20% dos recursos da Seguridade Social desde 1994. (LESSA; EARP, 1997; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2004; UGÁ; MARQUES, 2005).

Destaca-se, ainda, a inclusão do pagamento dos Encargos Previdenciários da União (EPU), antes financiadas pelo Orçamento Geral, como despesas a serem arcadas pelos

respectivos orçamentos da área social. Ugá e Marques (2005) relatam que, em 1989, os recursos do então Finsocial (Cofins) e da CSLL foram praticamente todos alocados para financiar os EPU. Posteriormente, as despesas com os EPU superaram o próprio orçamento do Ministério da Saúde. Entre 1994 e 1995, a rubrica EPU recebeu, respectivamente, 16,5% e 23,3% do total das fontes da Seguridade, enquanto que a Saúde, nos mesmos anos, levou 18,6% e 19,6% das fontes (LESSA; EARP, 1997). Segundo os dispositivos constitucionais, as despesas relativas às aposentadorias dos servidores federais não dizem respeito à previdência social da Seguridade Social, pois o regime desses trabalhadores foi mantido à parte.

Com propriedade, Machado (2005, p. 285) enfatiza que “ao invés de um financiamento suficiente e solidário para a Seguridade Social, predominam nos anos 1990 as oscilações das fontes, a instabilidade de receitas e a competição entre as áreas da política social por recursos relativamente escassos”. A “briga” a que se refere a autora se dá fundamentalmente entre a Previdência Social e a Saúde, justamente os setores que possuem os maiores orçamentos da União, sendo considerados as principais fontes de despesa para a área fazendária.

Em pesquisa desenvolvida por Baptista (1998), fica claro que durante o período pré-constitucional e nos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte, não havia consenso entre as áreas que compunham a Seguridade Social. A autora ressalta que o projeto nasce imerso nos interesses corporativos de grupos progressistas da Saúde e da Previdência Social, o que demonstra que as “disputas” entre estes dois setores são antigas.

## 4 FINANCIAMENTO FEDERAL DO SUS

### 4.1 Aspectos constitucionais e legais do financiamento da saúde

A Constituição Federal de 1988 representou um ponto de inflexão no tratamento concedido aos riscos sociais, por institucionalizar direitos básicos e universais de cidadania, como o direito à saúde pública, à assistência social, ao seguro-desemprego e maior cobertura previdenciária. A partir da Reforma Tributária de 1988, o direito à saúde independe de contribuição direta do beneficiário, havendo substituição de seguro por seguridade social.

A seguridade social consiste num pacto pelo quais os desiguais habitantes de um país reconhecem na cidadania uma medida de igualdade formal, que a todos capacita ao gozo do patrimônio comum de uma vida digna e civilizada. O Estado, arena pública, protege este pacto, guardando os direitos coletivos. (VIANNA, 2000, p. 11).

A Nova República consagra uma fase de otimismo para o movimento reformista, que se esforçava para implantar um sistema de saúde universal e gratuito. Vários profissionais da área, egressos do movimento sanitário, passaram a ocupar postos dirigentes no INAMPS. Por decreto presidencial, foi convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde em março de 1986, com os temas “Saúde como Direito”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento do Setor Saúde”. A criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária<sup>45</sup> obedecia a uma das recomendações da VIII Conferência. O SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde) entra em vigor em 1987, através do Decreto nº 94.657, de junho de 87, colocando em prática muitas das propostas da VIII Conferência nacional de Saúde: o acesso se torna universal, desaparecem as distinções entre segurados e não-segurados da Previdência em relação ao atendimento médico, e se passa, em princípio, a privilegiar a rede

---

<sup>45</sup> A partir de proposta da 8ª Conferência, pela criação de um Grupo Executivo da Reforma Sanitária (para efetivar suas propostas e dar continuidade à discussão da saúde, subsidiando a Assembleia Nacional Constituinte), foi instituída, por meio da Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº. 02/86, de 22/8/86, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS). Coordenada pelo secretário-geral do Ministério da Saúde e composta por representantes de órgãos governamentais, Congresso Nacional e sociedade civil, teve por finalidade, tomando por base as conclusões e recomendações da mesma conferência, desenvolver uma série de estudos e proposições para uma nova estrutura organizacional do sistema de saúde, para o aperfeiçoamento dos instrumentos de articulação dos setores do governo que atuavam na área, e para a instituição de mecanismos de planejamento plurianual no setor, buscando contemplar as necessidades dos segmentos da população a ser atendida. Por meio de sua Secretaria Técnica, foi editada uma série de publicações com coletâneas de documentos e estudos sobre os quais se assentaram os seus trabalhos (Documentos I, II e III), com tiragens de 20.000 exemplares distribuídos para órgãos de representação da sociedade, imprensa, serviços de saúde, parlamentares e interessados. Entre os documentos, encontram-se inclusive uma proposta para a saúde na nova Constituição brasileira e uma proposta para uma nova Lei do Sistema Nacional de Saúde. (LUCCHESI, 1996, p. 88).

pública – que agora integra os serviços da União, dos estados e dos municípios – e o concurso das formas não-lucrativas da oferta privada (VIANNA, 2000, p. 150).

A Constituição de 1988 inscreveria, afinal, no artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL. Constituição, 2005).

A ação de unificação dos atos e serviços públicos de saúde em programa de entrada universal e de direito da cidadania foi aprovada na Constituição Federal de 1988, quando a Saúde, a Previdência Social e a Assistência, juntas, passaram a compor a arena da proteção social no Brasil.

Ao combinar direitos individuais e coletivos, ou contribuintes e cidadãos num mesmo programa, a nova visão de proteção social integrou padrões distintos de financiamentos, baseado em impostos e contribuições sociais e recursos de dois orçamentos, OGU e o Orçamento da Seguridade Social. (DAIN, 2007, p. 1.852).

A Assembléia Nacional Constituinte, instalada em 1987, no que tange à saúde em particular, criou o SUS (Sistema Único de Saúde) e garantiu no Título VIII (Da Ordem Social), Capítulos I (art. 193) e II (Seção I, da Seguridade Social, arts. 194 e 195; e seção II, da Saúde, arts. 196, 197, 198, 199 e 200): a) a saúde como direito de todos e dever do Estado; b) a relevância pública das ações e dos serviços de saúde; c) a universalização do atendimento; d) descentralização; e) a integração da rede pública num sistema único; f) a participação do setor privado de forma complementar; g) a fixação de uma parcela de 30% do orçamento da Seguridade Social, além de outros aportes da União, dos estados e dos municípios. (VIANNA, 2000, p. 174).

Ficou definido, na CF 88, que o SUS seria financiado fundamentalmente com recursos do Orçamento da Seguridade Social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Na elaboração do texto constitucional, a aprovação do artigo 55 do ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) estabelecia que até que fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO), 30% do Orçamento da Seguridade social (OSS), excluído o seguro-desemprego, seriam destinados ao setor saúde. E ainda na constituinte, “definiu-se que a cada ano seriam reavaliados valores no debate da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)”. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2004, p. 55).

O Orçamento Geral da União (OGU) é formado pelo Orçamento Fiscal, da seguridade e pelo Orçamento de Investimento das empresas estatais federais. “Existem princípios básicos que devem ser seguidos para elaboração e controle do orçamento que estão definidos na

constituição, na Lei 4.320, de 17 de março de 1964, no Plano Plurianual e na lei de Diretrizes Orçamentárias. A Constituição Federal de 1988 atribui ao Poder Executivo a responsabilidade pelo sistema de Planejamento e Orçamento que tem a iniciativa dos seguintes projetos de lei: Plano Plurianual (PPA); de Diretrizes Orçamentárias (LDO); de Orçamento Anual (LOA)”<sup>46</sup>.

O OSS, como disposto no art. 195 da Constituição Federal, deve ser financiado por toda a sociedade, de forma direta ou indireta, a partir de: (1) receitas de impostos diretamente arrecadados pela União, estados e municípios; (2) receita de impostos transferidos pela União e estados; (3) contribuições sociais dos trabalhadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS) e o lucro das empresas (Contribuição sobre o Lucro Líquido das empresas – CSLL); (4) contribuições sociais dos trabalhadores incidentes sobre os salários; e (5) recursos de prognósticos (loterias) até o ano de 1996. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2004, p. 55).<sup>47</sup>

O OSS representava a primazia da cobertura dos direitos sociais sobre a disponibilidade de recursos, tornando impositiva a busca de novas fontes e a ampliação das receitas vinculadas aos programas que o integravam. Os programas universais relevaram, no capítulo da Ordem Social, o passaporte para diversificar as fontes da Seguridade. Para o financiamento de políticas universais, como as de Saúde, adicionou-se à folha de salários – base central do financiamento previdenciário – o aporte de contribuições sociais gerais. (DAIN, 2007, p. 1.852).

As três áreas da seguridade sempre trataram seus campos administrativos e financeiros de forma independente, apoiados em legislação infraconstitucional. O SUS foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOAS) – Lei nº 8.080, de setembro de 1990. (DAIN, 2007, p. 1852).

A LOAS, em 1990, transformou o SUDS em SUS, onde os municípios passaram a ser os principais captadores de recursos (e gestores da rede pública unificada) e as transferências se tornaram automáticas. (VIANNA, 2000, p. 174).

Em relação à modalidade de transferência de recursos federais para estados, Distrito Federal e municípios, a legislação federal da saúde prevê que esses recursos deveriam constituir transferências automáticas – do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais – a partir de critérios definidos por lei.

<sup>46</sup> Disponível em: [http://www.planejamento.gov.br/orcamento/conteudo/sistema\\_orcamentario/como\\_efeito.htm](http://www.planejamento.gov.br/orcamento/conteudo/sistema_orcamentario/como_efeito.htm). Acesso em: ago. 2008.

<sup>47</sup> Vale lembrar que os recursos que compõem o OSS não foram vinculados a cada área que compõe a Seguridade Social. Somente os recursos do PIS/PASEP ficaram reservados ao Fundo de Amparo ao Trabalhador – FAT (para custear o programa seguro-desemprego e o abono PIS/PASEP) e ações do BNDES. A essas fontes, veio somar-se, em 1996, a CPMF, contribuição criada para financiar a Saúde. Sua alíquota foi posteriormente elevada de 0,20% para 0,38%, destinando-se a diferença (0,18%) para a Previdência Social (0,10%) e para a Assistência Social (0,08% - Fundo de Erradicação da Pobreza). (JORGE et al., 2007, p. 2).

À Constituição Federal de 1988, seguiu-se um processo de elaboração e aprovação da legislação infraconstitucional que detalhou os princípios, diretrizes gerais e condições para a organização e funcionamento do sistema. A organização básica das ações de saúde, quanto à direção, gestão, competência e atribuições de cada esfera de governo no SUS, foi objeto da Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Esta foi complementada, no que se refere à participação da comunidade na gestão do sistema e à forma e condições para as transferências intergovernamentais de recursos neste âmbito, pela Lei nº. 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. (LUCCHESI, 1996, p. 90).

Nesse sentido, a Lei Federal nº. 8.080, de setembro de 1990, em seu art. 35, estabeleceu os critérios para a distribuição dos recursos federais para estados e municípios, determinando que, para o estabelecimento de valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios: análise técnica de programas e projetos e perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a ser coberta; desempenhos técnico, econômicos e financeiros do período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano quinquenal de investimento da rede; ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo. Além disso, metade dos recursos destinados a estados e municípios deverá ser distribuída pelo quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

A Lei Federal nº. 8.142, de dezembro de 1990, definiu como único critério a ser seguido, enquanto não se regulamentasse o art. 35 da Lei nº. 8.080, o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio. “Cabe destacar que estes recursos referem-se exclusivamente àqueles do Fundo Nacional de Saúde (FNS)<sup>48</sup> para custeio das ações e serviços de saúde e serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal”. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2004, p. 56).

Do ponto de vista das relações financeiras intergovernamentais, a criação do SUS materializou o esquema tripartite de financiamento federativo da Saúde, pretendendo integrar os recursos federais do OSS e do OGU aos recursos fiscais de estados e municípios. (DAIN, 2007, p. 1.853).

As diversas modalidades de transferência de recursos federais para estados e municípios estão sujeitas às regras e condicionantes nacionais, definidas pela legislação do SUS – “existência de conselho de saúde, plano de saúde e fundo de saúde” – e em portarias ministeriais específicas – “habilitação nas condições de gestão previstas” – estando sujeitas a

---

<sup>48</sup> Fundo de Saúde: conta especial onde são depositados e movimentados os recursos financeiros do SUS, sob fiscalização do Conselho de Saúde, nas três esferas de governo. A criação por meio de lei e o funcionamento do Fundo de saúde constituem um dos requisitos para que estados, municípios e Distrito Federal recebam, de forma regular e automática, recursos federais do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para a implementação de ações e serviços, alocando-os em investimentos na rede de serviços e em cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e demais ações de saúde. (LUCCHESI, 1996, p. 93).

negociação. Para todos os recursos apontados, ressalta-se a importância das comissões intergestores. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2004, p. 57).

A Lei Federal nº. 8.080/90 define os representantes e as atribuições de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções de competência do Poder Executivo na área de saúde. A direção do SUS é única no nível nacional, sendo exercida pelo Ministério da Saúde, onde o gestor atua em dois âmbitos bastante imbricados: o político e o técnico. Podem-se identificar quatro grandes grupos de funções gestoras, nos diferentes campos de atenção à Saúde, que englobam: “(1) formulação de políticas e planejamento; (2) financiamento; (3) coordenação, regulação, controle e avaliação de ações, bens e serviços e dos sistemas de saúde; e (4) prestação direta de ações e serviços de saúde”. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2004, p. 64-65).

Para harmonizar as características do sistema federativo brasileiro e as diretrizes do SUS, foram criadas na área da saúde as comissões intergestores. Na Comissão Intergestores Tripartite, instituída por meio da Portaria Ministerial nº. 1.180, de 22 de julho de 1991, em conformidade com a recomendação do Conselho Nacional de Saúde, teve funcionamento assistemático nos anos de 1991/1992 e se reuniu quinzenalmente do início de 1993 até dezembro de 1994. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2004, p. 66).

A Lei Federal nº. 8.142/90, ao dispor sobre a participação da sociedade na gestão do SUS, define o CONASS como representante dos estados no Conselho Nacional de Saúde e a NOB 01/93<sup>49</sup> estabelece a participação deste na CIT. Esta mesma Lei, e com o mesmo intuito, institui duas importantes instâncias colegiadas: as conferências de saúde e os conselhos de saúde. Pelo Decreto nº 99.438, foi criado o novo Conselho Nacional de Saúde, com base nos princípios e diretrizes do SUS. Congrega diversos segmentos da sociedade, possui caráter deliberativo, podendo analisar e deliberar sobre assuntos de saúde pública, por resoluções, que serão adotadas pelo Ministério da Saúde.

O Capítulo II da Lei Orgânica da Seguridade Social – Lei nº. 8.212, de 24 de julho de 1991 – dispõe:

Art. 16. A contribuição da União é constituída de recursos adicionais do Orçamento Fiscal, fixados obrigatoriamente na lei orçamentária anual. Parágrafo único: A União é responsável pela cobertura de eventuais insuficiências financeiras da seguridade Social, quando decorrentes do pagamento de benefícios de prestação continuada da Previdência Social, na Forma da Lei Orçamentária Anual.

---

<sup>49</sup> Em abril de 1993, foi operacionalizada pela Norma Operacional Básica SUS 01/93 (NOB SUS 01/93 — Portaria MS nº. 545, de 20 de maio de 1993), que estabeleceu as normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. (LUCHESE, 1996, p. 112).

Art. 17. Para pagamentos dos Encargos Previdenciários da União (EPU) poderão contribuir os recursos da Seguridade Social, referidos na alínea d do parágrafo único do art. 11 desta Lei,<sup>50</sup> nas proporções do total destas despesas, estipuladas por cronograma [...].

Art. 18. Os recursos da Seguridade Social referidos nas alíneas a, b, c, e d do parágrafo único do art. 11 desta Lei poderão contribuir, a partir de do exercício de 1992, para o financiamento das despesas com pessoal e administração geral apenas do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), do Instituto Nacional de Assistência médica da Previdência Social (INAMPS), da Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA) e da Fundação Centro Brasileira para Infância e Adolescência (FCBIA).

Art.19. O Tesouro Nacional entregará os recursos destinados à execução do Orçamento da Seguridade Social aos respectivos órgãos e unidades gestoras nos mesmos prazos legais estabelecidos para a distribuição dos Fundos de Participação dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. 1º Decorridos os prazos referidos no *caput* deste artigo, as dotações a serem repassadas sujeitar-se-ão a atualização monetária segundo os mesmos índices utilizados para efeito de correção dos tributos da União; 2º Os recursos oriundos da majoração das contribuições previstas nesta Lei ou da criação de novas contribuições destinadas à Seguridade Social somente poderão ser utilizados para atender as ações nas áreas de saúde, previdência e assistência social.

Em 1992, após o advento da Lei Complementar nº. 70, de 30 de dezembro de 1991, que instituiu a contribuição social sobre o faturamento para o financiamento da Seguridade Social, empresas ingressaram em juízo, obtendo liminares de primeira instância. As liminares desobrigavam-nas do pagamento ou as autorizavam a depositar judicialmente os valores questionados, até a decisão do mérito das ações (acima de 9.000 ações em julho de 1993) —. Isso acarretou sérios prejuízos para a realização da receita da Seguridade Social no período em questão. Alegava-se toda a ordem de inconstitucionalidades:

Limitações constitucionais quanto ao poder de instituir impôs mesma base de cálculo de impostos discriminados na Constituição, bitributação em relação à contribuição para o Programa de Integração Social, e aplicação do princípio da anterioridade. Somente em 1994, após o equacionamento da questão por meio de Ação Declaratória de Constitucionalidade (ajuizada pelo Presidente da República, pela Mesa do Senado Federal e pela Mesa da Câmara dos Deputados), foi regularizada a participação dessa fonte no OSS. (LUCCHESE, 1996, p. 103-104).

No ano de 1993 foi vetado, da Lei de Diretrizes Orçamentárias para 1994, o artigo que destinava no mínimo 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social para a Saúde, com a justificativa de que a reprogramação orçamentária do exercício de 1993, para cobrir as necessidades financeiras de atendimento dos benefícios sociais, demonstrava a inxequibilidade desse dispositivo constitucional, contrário ao interesse público. (LUCCHESE, 1996, p. 104).

<sup>50</sup> Lei nº. 8.212, de 24 de julho de 1991. Título VI – Do Financiamento da Seguridade Social – art. 11: No âmbito federal, o orçamento da Seguridade Social é composto das seguintes receitas: I – receitas da União; II – receitas das contribuições sociais; III – receitas de outras fontes. Parágrafo único: Constituem contribuições sociais: a) as das empresas, incidente sobre a remuneração paga ou creditada aos segurados a seu serviço; b) as dos empregadores domésticos; c) as dos trabalhadores, incidentes sobre o seu salário de contribuição; d) as das empresas, incidentes sobre faturamento e lucro; e) as incidentes sobre a receita de concursos de prognóstico.

Segundo a Secretaria de Orçamento Federal,<sup>51</sup> o Poder Executivo propôs ao Congresso Nacional, em 1994, um projeto de emenda à Constituição que autorizava a desvinculação de 20% de todos os impostos e contribuições federais que formavam uma fonte de recursos livre de carimbos. A Emenda Constitucional de Revisão nº. 1, de 1º de março de 1994, apresenta que a mesa do Congresso Nacional, nos termos do art. 60 da Constituição Federal combinado com o art. 3º do ato das Disposições Constitucionais Transitórias, promulga a seguinte Emenda Constitucional:

Art.71. Fica instituído, nos exercícios financeiros de 1994 e 1995, o Fundo Social de Emergência, com o objetivo de saneamento financeiro da Fazenda Pública Federal e de estabilização econômica, cujos recursos serão aplicados no custeio das ações dos sistemas de saúde e educação, benefícios previdenciários e auxílios assistenciais de prestação continuada, inclusive liquidação de passivo previdenciário, e outros programas de relevante interesse econômico e social.

Segundo seu parágrafo único, “ao Fundo criado por este artigo não se aplica, no exercício financeiro de 1994, o disposto na parte final na parte final do inciso II do § 9º<sup>52</sup> do art. 165 da Constituição”. E ainda:

Art. 72. Integram o Fundo Social de Emergência: I - o produto da arrecadação do imposto sobre a renda e proventos de qualquer natureza incidente na fonte sobre pagamentos efetuados, a qualquer título, pela União, inclusive suas autarquias e fundações;

II – a parcela do produto da arrecadação do imposto sobre propriedade territorial rural, do imposto sobre renda e proventos de qualquer natureza e do imposto sobre operações de crédito, câmbio e seguro, ou relativas a títulos ou valores mobiliários, decorrentes das alterações produzidas pela Medida Provisória nº. 419 e pelas Leis nº. 8.847, 8.848 e 8.849, todas de 28 de janeiro de 1994, estendendo-se a vigência da última delas até 31 de dezembro de 1995;

III – a parcela do produto da arrecadação resultante da elevação da alíquota da contribuição social sobre o lucro dos contribuintes a que se refere o § 1º do art. 22 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, a qual, nos exercícios financeiros de 1994 e 1995, passa a ser de trinta por cento, mantidas as demais normas da Lei nº. 7.689, de 15 de dezembro de 1988;

IV – 20% do produto de arrecadação de todos os impostos e contribuições da União, excetuado o produto nos incisos I, II e III;

V - a parcela do produto da arrecadação da contribuição de que trata a Lei Complementar nº. 7, de 7 de setembro de 1970, devida pelas pessoas jurídicas a que se refere o inciso III deste artigo, a qual será calculada, nos exercícios financeiros de 1994 e 1995, mediante a aplicação da alíquota de setenta e cinco centésimos por cento sobre a receita bruta operacional, como definida na legislação do imposto sobre a renda e proventos de qualquer natureza;

VI – outras receitas previstas em lei específica.

§ 1º As alíquotas e a base de cálculo prevista nos incisos III e V aplicar-se-ão a partir do primeiro dia do mês seguinte aos noventa dias posteriores à promulgação desta Emenda.

<sup>51</sup> [http://www.planejamento.gov.br/orcamento/conteudo/sistema\\_orcamentario/dru.htm](http://www.planejamento.gov.br/orcamento/conteudo/sistema_orcamentario/dru.htm)

<sup>52</sup> Cabe à lei complementar estabelecer normas de gestão financeira e patrimonial da administração direta e indireta, bem como condições para instituição e funcionamento de fundos. (MANNRICH, 2000, p. 165).

§ 2º As parcelas de que tratam os incisos I, II, III e V serão previamente deduzidas da base de cálculo de qualquer vinculação ou participação constitucional ou legal, não lhes aplicando o disposto nos arts. 158, II, 159, 212 e 239 da Constituição.

§ 3º A parcela de que trata o inciso IV será previamente deduzida da base de cálculo das vinculações ou participações constitucionais previstas nos arts. 153, § 5º, 157, II, 158, II, 212 e 239 da Constituição.

§ 4º o dispôs do parágrafo anterior não se aplica anterior não se aplica aos recursos aos recursos previstos no art. 159 da constituição.

§ 5º A parcela dos recursos provenientes do imposto sobre propriedade territorial rural e do imposto sobre renda e proventos de qualquer natureza, destinada ao Fundo Social Emergência, nos termos do inciso II deste artigo não poderá exceder: I – no caso do imposto sobre propriedade territorial rural, a oitenta e seis inteiros e dois décimos por centos do total do produto da sua arrecadação; II – no caso do imposto e proventos de qualquer natureza, a cinco inteiros e seis décimos por cento do total do produto da sua arrecadação.

Art. 73. Na regulamentação do Fundo Social de Emergência não poderá ser utilizado o instrumento previsto no inciso V do art. 59 da Constituição.

Foi criado, em 1994, o Fundo Social de Emergência, que vigorou até 31 de dezembro de 1999, denominado Fundo de Estabilização Fiscal. Em 2000, foi reformulado e passou a se chamar Desvinculação de Recursos da União (DRU), tendo sua prorrogação aprovada pelo Congresso Nacional até 2007.

A publicação do decreto que criou condições para a descentralização da gestão financeira do sistema de saúde colocou como exigência e prioridade a discussão sobre critérios para a alocação de recursos no âmbito da direção nacional do SUS. (LUCCHESI, 1996, p. 104).

Em 30 de agosto de 1994, foi publicado o Decreto nº. 1.232, que regulamentou as condições e forma para o repasse direto e automático dos recursos alocados ao Fundo Nacional de Saúde para os estados e municípios. Isto condicionou a transferência de recursos à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo conselho, do qual constasse a contrapartida de recursos no orçamento do estado, do Distrito Federal ou do município, dispensando a necessidade de convênio ou instrumento congêneres. Determinava também que, até que o Ministério da Saúde – que tinha o prazo de 180 dias – definisse as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde (com base nas características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais previstos no artigo 35 da Lei 8 nº 080/90), a distribuição de recursos fosse feita “exclusivamente segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, segundo estimativas populacionais fornecidas pelo IBGE” (art.1º, parágrafo 1º). Além disso, o decreto atribuía à União, por intermédio da direção nacional do Sistema Único de Saúde, o controle finalístico global sobre o SUS, com a utilização de instrumentos de coordenação de atividades e de avaliação de resultados em âmbito nacional.

## 4.2 Gestão financeira federal do SUS

A Constituição Federal de 1988, progressista e democraticamente inclui a terminologia da seguridade social.

A seguridade social consiste justamente num pacto pelo qual os desiguais habitantes de um país reconhecem na cidadania uma medida de igualdade, não apenas formal, mas substantiva, que a todos capacita ao gozo do patrimônio comum de uma vida digna e civilizada. (VIANNA, 2000, p. 11).

A trajetória do SUDS, pelo deslocamento de poder do INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde e todos os conflitos políticos, institucionais e burocráticos associados às resistências à unificação e descentralização da rede de serviços, criou barreiras significativas. Isto teve como resultados a ampliação dos custos da rede INAMPS, distorções e desperdícios de recursos e conflitos entre as instâncias decisórias. Resultado desse processo foi a paralisação do processo de implementação de sua estratégia (LUCCHESI, 1996, p. 87).

As funções do INAMPS foram repassadas ao Ministério da Saúde no início da década de 1990, assim como as responsabilidades gerenciais e financeiras pela assistência médica dos hospitais públicos, filantrópicos e conveniados, além do comando do processo de descentralização dessas ações. O Ministério da Saúde não tinha acesso às fontes de receita vinculadas a seu financiamento e arrecadadas pela União. (DAIN, 2001, p. 134).

O pacto social e federado entre 1987 a 1990, gerador do SUS e das Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90, gerou também expectativas positivas para a evolução do financiamento da nova política pública, inclusive a contrapartida federal. Essas expectativas vêm passando, nesses 21 anos, por frustração cada vez mais indisfarçável, devido à persistência e consequência dos atos de todos os governos, não somente de manter o baixíssimo financiamento, como também propiciar desvios de rumo. Tamanha persistência e consequência revelam mais uma política de Estado do que de Governo, cujo rumo está apontado mais para o “SUS pobre para os 80% pobres, e complementar menos pobre para os 20% clientes de planos privados”, do que para o SUS universal equitativo com adesão das camadas médias e dos servidores de saúde, tal qual já vem ocorrendo em sociedades com maior desenvolvimento social e civilizatório. (SANTOS, 2008, p. 14-15).

Para viabilizar os gastos da proteção social aos cidadãos, foi criado o OSS, que receberia receitas arrecadadas pelo OGU e MPS – contribuição sobre folha e salários. Este seria um espaço próprio das ações de seguridade, inclusive da Saúde, reforçando sua

competência de assimilação de recursos originados no orçamento fiscal. (DAIN, 2001, p. 132).

Em sua análise, Santos (2008) apresenta os três pactos que sustentam o SUS e o desafio da Política Pública de Saúde. Vejamos dois destes:

O primeiro, aborda o “Pacto Social – Federado: 1986/1990”. Este abrangeu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, a Assembleia Nacional Constituinte (CF de 1988), o Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados em 1989 e a Lei Orgânica da Saúde em 1990. Definiu e pactuou a Política Pública de Saúde e Seguridade Social, a Relevância Pública, o Direito de Todos e Dever do Estado, os Determinantes Sociais da Saúde, e a Universalidade, Igualdade, Integralidade, Descentralização, Hierarquização / Regionalização e Participação. (SANTOS, 2008, p. 16).

Os recursos da Seguridade Social, já em 1989 e em 1990, foram alocados para outros fins. Nesse ano, o Finsocial contribuiu como fonte de recursos importantes para a despesa de encargos previdenciários da União, a qual não integra a Seguridade Social. (CAMPOS, 2006, p. 268).

A C.F. 88 não assegurou uma vinculação específica de recursos para Saúde (JORGE et al., 2007, p. 7). No final de 1990, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, o governo não aplicou e desconsiderou o disposto no art. 55 do ADCT. Em 1990 e 1991, o Ministério da Saúde recebeu 33,1% e 20,95% do total das contribuições, respectivamente. (CAMPOS, 2006, p. 268).

Em 1993, o Executivo Federal desrespeitou a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO), que determinava o repasse para a Saúde de 15,5% da arrecadação das contribuições de empregados e empregadores (CAMPOS, 2006, p. 268). As Leis Orçamentárias Anuais (LOA) do mesmo período não respeitaram o disposto na LDO respectiva, o que eclodiu na crise de financiamento da saúde em 1992, “sanada” com empréstimo junto ao FAT. (JORGE et al., 2007, p. 7).

Em 1993 a crise foi agravada, pois além de não cumprir o disposto na LDO, o Ministério da Previdência suspendeu o repasse dos valores arrecadados pelo INSS e os previstos no orçamento para a Saúde. (CAMPOS, 2006, p. 268). Em maio de 1993, o Ministério da Previdência Social, alegando problemas de caixa que resultariam em déficit caso fossem repassados os recursos para o Ministério da Saúde, assumiu a retenção dos recursos da Saúde no Fundo de Previdência e Assistência Social, cujos repasses jamais foram retomados. Assim, a fonte “Contribuição sobre folha de salários” passou a ser exclusiva da Previdência Social, o que prejudicou a perspectiva solidária do financiamento da Seguridade

Social e comprometeu a aplicação do princípio constitucional da diversidade da base do financiamento. (LUCCHESE, 1996, p. 104).

O segundo pacto que sustenta o SUS apresentado por Santos é o “Pacto-Federado – Social: 1993” (SANTOS, 2008, p. 16):

Após a quebra do SUS com a retirada da fonte previdenciária, os gestores das três esferas de Governo (CONASEMS, CONASS e MS) retomaram e aprofundaram o pacto federado, criando as comissões intergestores de pactuação permanente (CIT e CIBs), aliando-se ao Legislativo para efetivar a direção única com a extinção do INAMPS e aos conselhos de saúde e ao movimento da reforma sanitária com a discussão e aprovação do documento “A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”. Esta repactuação, somada ao empréstimo do MS perante o FAT, possibilitou prosseguir a construção do SUS. (SANTOS, 2008, p. 16).

A partir desse ano, as contribuições de empregados e empregadores tornaram-se exclusivas da área da Previdência. Esta medida é legalizada na reforma previdenciária, no Governo Fernando Henrique Cardoso. (CAMPOS, 2006, p. 268).

Para contornar os desequilíbrios financeiros recorrentes na execução orçamentária do Ministério da Saúde, desde 1993, recorre-se a empréstimos de recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), com o aval do Tesouro Nacional e lastreado por seus títulos, que, ano a ano, transformam-se em dívida a pagar inscrita no Orçamento do MS. (LUCCHESE, 1996, p. 104). Sob a gestão de Jamil Haddad, o Ministério da Saúde passa então a exigir nas negociações com a área econômica o cumprimento da LDO (30% do OSS para a Saúde). O resultado foi o veto presidencial a este dispositivo na LDO de 1994. (JORGE et al., 2007, p. 7).

Na envergadura do Orçamento da Seguridade Social, entre os anos de 1990 e 1993, as despesas com os benefícios previdenciários apresentaram um crescimento de 47%, enquanto, no mesmo período, as transferências totais (Tesouro e Instituto Nacional do Seguro Social) para o Ministério da Saúde tiveram um crescimento inferior a 3%. Além do mais, tais gastos previdenciários cresceram de 61,5% em 1991 para 65,3% em 1992. Dessa forma, esse aumento dos gastos previdenciários provocou uma drástica redução da transferência de recursos, permitindo o aparecimento de uma grave crise financeira do SUS. (REIS; RIBEIRO; PIOLA, 2001, p. 5).

Em 1994/1995, com a criação do Fundo Social de Emergência (FSE), formado com parte dos recursos das contribuições sociais que compõem o OSS, uma parcela das transferências anteriormente cobertas com recursos das contribuições foi substituída pelos recursos do FSE (LUCCHESE, 1996, p. 104). O contingenciamento de gastos sociais pelas

medidas acima citadas “vêm esterilizando 20% de gasto fiscal, em particular de natureza social”. (DAIN, 2001, p. 117).

Por intermédio do FSE, o Governo Federal teve como objetivo aumentar o volume de recursos desvinculados no orçamento federal. Além do mais, tentou dessa forma diminuir os repasses obrigatórios da União para estados e municípios por meio do Fundo de Participação Estadual (FPE) e do Fundo de Participação Municipal (FPM). No âmbito do OSS, pretendeu igualmente contornar a obrigatoriedade prevista na Lei nº. 8.212/91 (Lei de Financiamento e Custeio da Seguridade Social), que previa percentuais decrescentes de utilização de recursos de contribuições sociais para o pagamento de EPU. (REIS; RIBEIRO; PIOLA, 2001, p. 16).

Entre 1994 e 1995, as fontes destinadas ao financiamento de inativos, ou encargos previdenciários da União (EPU), eram, respectivamente, 16,5% e 23,3% do total da fonte da seguridade social. Tendiam a superar os recursos alocados ao financiamento do Ministério da Saúde que, nos mesmos anos, absorveu 18,6% e 19,6% destas fontes, explicando a destinação final dos recursos do Fundo Social de Emergência. (DAIN, 2001, p. 134).

No cenário de deterioração da situação financeira da Previdência, ocorria a baixa arrecadação das contribuições sociais, reflexo do não-crescimento econômico, altas taxas de desemprego e crescimento do mercado informal. Somado à incorporação de recursos feita pela Previdência, esse fato gerou um constrangimento financeiro assumido pela Saúde, sem paralelo na história recente. Na tentativa de encontrar fontes alternativas recursos, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão de Seguridade Social da Câmara buscaram soluções transitórias por meio da criação, em 1994, do Imposto Provisório Sobre a Movimentação Financeira (IPMF), que vigorou somente em 1997, como CPMF. (CAMPOS et al., 2006, p. 268).

A primeira Proposta de Emenda Constitucional (PEC 169), de autoria dos Deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires, foi formulada em 1993, quando o Ministério da Saúde solicitou o primeiro empréstimo junto ao FAT. Depois disso, várias outras propostas de vinculação foram elaboradas e discutidas no Congresso Nacional, mas nenhuma delas sustentava a ideia original de vinculação tanto no âmbito das contribuições sociais (30%) como no do orçamento de cada nível de governo. A última proposta restringiu-se a vincular somente os recursos orçamentários da União, dos estados e dos municípios, materializando-se na EC 29. (MARQUES; MENDES, 2005, p. 43).

### 4.3 O Financiamento do SUS: a década de 1990<sup>53</sup>

Os anos 1990 evidenciam como o governo central refaz seus lucros em função de suas prioridades políticas – a estabilidade monetária. Evidencia-se o alento do poder político da União, ao redesenhar e reeditar, nos sucessivos governos federais democraticamente eleitos, encanecidos exercícios de recuperação fiscal *vis-à-vis* o pacto federativo e os direitos sociais.

Noronha e Soares (2002), ao analisarem a política de saúde no Brasil nos anos 1990, também concordam que a Emenda Constitucional n° 29 é mais um exemplo da capacidade de distorcer propostas antes defendidas pelos setores progressistas e transformá-las em estratégias convenientes para o projeto neoliberal.

A relevância do papel do governo central em países como o Brasil se expressa na coordenação nacional do processo de descentralização; indução do desenvolvimento econômico; redução da desigualdade socioeconômicas e regionais; redistribuição financeira; e a equalização da capacidade de gasto das esferas subnacionais. (LIMA, 2006, p. 84).

Muitos economistas consideram que, no Brasil, a rigidez orçamentária<sup>54</sup> decorre da descentralização de recursos no pós-88, conferindo demarcação à atuação federal.

Principalmente no que se refere à destinação de recursos para o desenvolvimento econômico, tais como os investimentos em infra-estrutura, na qualificação de recursos humanos, na criação de condições para inovação e desenvolvimento tecnológico. A perda de receita pela União ocorreu devido à descentralização das competências tributárias e, especialmente, pelo aumento das transferências obrigatórias na Constituição de 1988, pois grande parte dos seus dois principais impostos – IR e IPI – ficou comprometida. (LIMA, 2006, p. 84).

No entanto, não foi somente a descentralização e a ampliação das transferências que provocaram a diminuição da receita disponível da União. Segundo Varsano (1996), ela também ocorreu pela impossibilidade política de se recuperarem as condições das finanças públicas e da carga tributária por meio de reformas mais amplas.<sup>55</sup> As discrepâncias entre o poder de arrecadação e de gasto podem ainda ser verificadas considerando-se as instâncias estaduais e municipais separadamente. (SERRA; AFONSO, 2001; LIMA, 2006).

Apesar de os números não permitirem grandes questionamentos com relação ao balanço final da descentralização tributária, é preciso considerar que a União não se

<sup>53</sup> Texto elaborado com base em Lima (2006).

<sup>54</sup> A rigidez orçamentária da União é frequentemente associada à sua baixa capacidade para realizar escolhas orçamentárias e realocar recursos. (LIMA, 2006, p. 84).

<sup>55</sup> Para Varsano (1996), a Constituição de 1988 não foi a única responsável pelas dificuldades financeiras da União. Outros fatores explicam essas dificuldades, tais como a estagnação econômica dos anos 1980, a aceleração da inflação e as condições precárias da administração fazendária.

comportou como um ente passivo nesse processo. Sua reação à perda de receita e à rigidez de seu orçamento aconteceu de forma rápida e intensa, ao ponto de alguns autores sugerirem que, desde 1993, não tenha havido variações mais bruscas na divisão das receitas disponíveis entre as três esferas de governo, mais significativas no período de 1989 a 1993. (SERRA; AFONSO, 2001; FAVERET, 2002; LIMA, 2006, p. 86).

As motivações que suscitaram a reação da União relacionam-se ao papel ocupado pelo ajuste fiscal na estratégia adotada para o alcance da estabilidade macroeconômica, não estando atreladas, portanto, a qualquer plano de ordenação do processo de transferência de encargos, de desenvolvimento econômico ou garantia dos direitos sociais previstos na Constituição de 1988.

O esforço anti-inflacionário e a passagem de uma economia controlada pelo Estado para uma economia aberta à competição externa e comandada pelos agentes privados submeteram a ação governamental da União e causaram sérios danos à descentralização das responsabilidades sociais, sendo o setor da saúde um dos mais afetados. (LIMA, 2006, p. 86).

Afonso e Lobo (1996) alertam que a descentralização no Brasil<sup>56</sup> inicia e aprofunda-se num contexto adverso de crise política, econômica e social, e se deu na contramão da prioridade atribuída à estabilidade monetária. No Brasil, os fatores políticos relacionados à abertura democrática foram preponderantes, destacando-se a reação dos governos subnacionais aos poderes excessivos do centro, a despeito da ausência de um plano nacional mais elaborado, negociado e acordado entre as três instâncias de governo, que garantisse as condições adequadas ao processo de descentralização.

Se, em outros países da América Latina, o desenho da descentralização fiscal ocorreu *pari passu* a um projeto de contenção dos gastos públicos de forma coerente com a política macroeconômica, aqui as políticas sociais e a descentralização fiscal foram conjuntamente asseguradas pelos instrumentos legais e só posteriormente se tornaram peça integrante do programa de ajuste.<sup>57</sup> Os anos 1990 demonstraram que a descentralização tributária não era incoerente com a descentralização de encargos sociais, mas, sobretudo, com o modelo de

---

<sup>56</sup> Em outros países latino-americanos, fatores econômicos alavancaram os processos de descentralização fiscal, cujas preocupações primárias foram, além de maior eficácia e eficiência alocativa, a redução dos gastos públicos, o ajuste das finanças do governo central e o fomento do autofinanciamento dos governos subnacionais. Nesses casos, a descentralização fiscal foi incorporada desde o início como um instrumento da própria política econômica para contenção de despesas. (LIMA, 2006, p. 87).

<sup>57</sup> Para uma discussão acerca das diferenças e implicações para as políticas de saúde, entre os planos de estabilização macroeconômica adotados no final da década de 1970 até meados de 1980 e na segunda metade dos anos 1980 no Brasil, consultar Ugá e Marques (2005). As autoras relatam que, enquanto as políticas sociais foram atingidas apenas de forma “residual” num primeiro momento devido ao aumento do desemprego e da pobreza, que diminuíram a arrecadação das contribuições sociais sobre os salários, posteriormente passaram a constituir elementos da própria proposta de ajuste e equilíbrio macroeconômicos adotada no Brasil.

atuação do Estado na economia e na proteção social implementado com a inflexão conservadora nos anos seguintes à Constituição.

A descentralização almejada colidiu diretamente com os objetivos de liberalização econômica e retração do Estado, pois os investimentos e o aumento dos gastos públicos necessários à universalização da cobertura de serviços essenciais como os da saúde, nos estados e municípios, eram incompatíveis com o equilíbrio fiscal.<sup>58</sup> Assim, foi necessário estabelecer formas rígidas de controle para evitar uma ampliação ainda maior da transferência de recursos e das despesas nas áreas sociais.

Segundo Varsano (1996 apud LIMA, 2006, p. 88):

Os estados e municípios, ainda que favorecidos pelo aumento de receita tributária, continuaram com dificuldades financeiras diante de suas dívidas passadas e aumento de suas despesas correntes. Segundo Abrucio (1998), essas dívidas têm origem na redução do controle sobre o endividamento externo estadual e municipal pelo governo federal durante o II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979) que, visando ao apoio das elites, facilitou a obtenção de empréstimos estrangeiros, principalmente para os estados mais ricos e as capitais.

As principais fontes de despesa foram justamente nas áreas de saúde e educação, nas quais as responsabilidades dessas instâncias se ampliaram, e ocorreram transferências importantes de equipamentos e serviços, além de grandes gastos com o funcionalismo público. Essa situação se consolida na década frente à contenção de despesas pelos órgãos federais. O governo central só predomina no caso do pagamento de benefícios previdenciários gerais dos trabalhadores e pagamentos de juros da dívida pública, interna e externa, em parte contraídas pelas próprias esferas subnacionais como efeito da política macroeconômica. Segundo Lima (2006, p. 88):

As disputas entre as áreas sociais e entre estas e a Fazenda são visíveis no pós-Constituinte e tornam-se tão acirradas, que acabam inviabilizando a proposta da montagem de um orçamento único para a Seguridade Social. Em 1993, as receitas provenientes das contribuições salariais de empregados e empregadores passam a financiar exclusivamente a previdência social. Ugá e Marques (2005) analisam os motivos pelos qual a previdência “avançou” sobre as fontes de receitas e despesas da Seguridade, entre eles: 1) aumento de despesas com a expansão de benefícios e o fraco desempenho das contribuições salariais em decorrência do crescimento do desemprego e das ocupações não regidas por contratos formais de trabalho; 2) aumento das solicitações por aposentarias em função de demanda formada no período anterior (tempo de trabalho) e antecipações.

---

<sup>58</sup> “A história da reforma da política de saúde no Brasil demonstra que a crescente expansão do acesso aos serviços de saúde, embora de forma fragmentada e seletiva, foi acompanhada por um movimento crescente de descentralização. O Prev-Saúde, as AIS e o SUDS são exemplos de políticas que buscaram atrelar a universalização à descentralização”. (LIMA; MACHADO, 2004 apud LIMA, 2006, p. 87).

A interrupção de aporte desses recursos para a saúde gera grande instabilidade no financiamento nos anos subseqüentes. Devido à importância que essa fonte tinha no orçamento do Ministério da Saúde, aumentam a dependência da saúde em relação a outros recursos do Tesouro Nacional e a necessidade de negociações junto às esferas econômicas do Governo Federal. Já na segunda metade da década, num contexto em que se agregam as dificuldades relativas às estratégias de reapropriação dos recursos pela União e as impossibilidades de obtenção de novos empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), é negociada pelo ministério a criação de uma fonte específica de financiamento para a saúde.

No entanto, a CPMF, aprovada ao final de 1996 e implantada em 1997, não gerou o aumento de recursos esperado, por dois motivos principais. Primeiro, com a entrada da CPMF, decresce a importância da CSLL e do Cofins no orçamento do MS, havendo, portanto, substituição relativa de fontes. (PIOLA; BIASOTO JUNIOR., 2001). Esses autores estimam que, mantida a participação das demais fontes no financiamento da saúde já em 1997, o MS teria à sua disposição R\$ 21 bilhões, entretanto, nesse mesmo ano o gasto referido do MS foi de R\$ 19 bilhões. Esta transferência de fonte também é observada na tabela 5, a seguir.

Tabela 5. Ministério da Saúde: distribuição percentual das fontes de financiamento, 1993/1999

Fontes de Financiamento	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Recursos Ordinários	8,9	1,0	3,2	0,2	1,0	10,8	14,7
Títulos Resp. Tesouro Nacional	15,1	1,6	2,6	3,3	2,8	0,5	0,8
Operações Crédito Internas – Moeda	2,6	-	7,6	8,3	-	-	-
Operações Crédito Externas – Moeda	0,5	1,2	1,1	0,9	0,5	1,1	1,4
Recursos Diretamente Arrecadados	1,0	2,1	2,4	2,5	2,4	2,6	3,5
Contribuições Sociais	67,4	54,6	69,4	63,4	73,1	71,1	62,5
Contrib. Social Lucro PJ	10,7	12,9	20,2	20,8	19,3	8,0	13,3
Contrib. Social p/Fin. Segurid. Social	25,1	34,1	49,2	42,6	25,9	26,0	26,6
Contrib. Emp. e Trab. p/Segurid. Social	31,6	-	-	-	-	-	-
Contrib. Prov. s/Mov. Financeira	-	-	-	-	27,8	37,1	22,6
FINSOCIAL- Recup. Dep. Judiciais	-	7,6	-	-	-	-	-
Fundo de Estabilização Fiscal	-	36,8	12,0	17,7	19,5	13,3	14,2
Demais Fontes	4,4	2,6	1,8	3,7	0,7	0,7	3,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>						

Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração: IPEA/DISOC.

Fonte: IPEA (2001, p. 14).

Em segundo lugar, em 1999, a CPMF deixa de ser exclusiva, servindo também para financiar a previdência e, em 2001, o Fundo de Combate à Pobreza. (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2005). A criação dessa nova contribuição acabou levando a uma retração de recursos de fontes que tradicionalmente financiavam o Ministério da Saúde. Apesar de ter sido alocada integralmente ao Ministério da Saúde, a CPMF não proporcionou uma elevação dos recursos, pelo menos na dimensão esperada, em decorrência da redução da participação de outras fontes.

A título de exemplo, se mantidos os montantes que as outras fontes aportavam em 1996 – R\$ 19,35 bilhões –, ao acrescentarmos os recursos aplicados pela CPMF [...], o Ministério da Saúde apresentaria um nível de dispêndio total de R\$ 25,8 bilhões em 1997; R\$ 27,2 bilhões em 1998 e R\$ 24,3 bilhões em 1999, valores muito superiores aos efetivamente despendidos. (INSTITUTO..., 2001, p. 16).

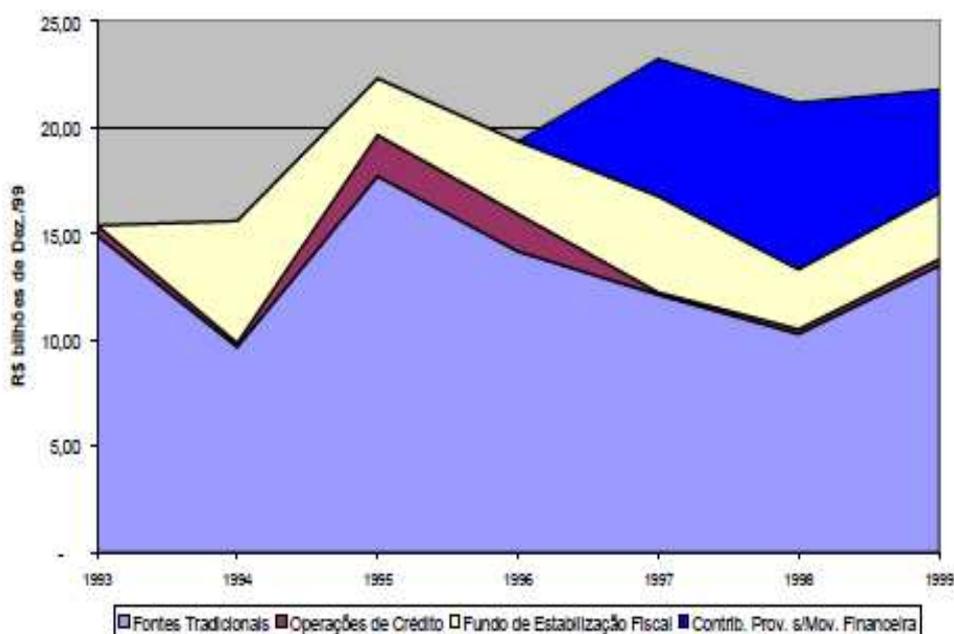


Gráfico 7 - Participação da CPMF e FEF nos gastos do Ministério da Saúde  
Fonte: IPEA (2001, p. 16).

A partir das tabelas 5 e 6, e dos gráficos 7 e 8, observamos que as fontes de financiamento das despesas do MS não apresentam padrão estável em parte da década de 1990. A participação das fontes de financiamento é definida na Lei Orçamentária. No entanto, a execução financeira, em termos de fonte, segue o definido na lei e geralmente não é feita a realocação final do montante a ser gasto.

Parece que há um receio de que a utilização sistemática de determinada fonte para determinado órgão crie expectativa de uma espécie de vinculação. Daí provavelmente essas contínuas alterações anuais, conforme demonstra o gráfico, o que nos permite pensar na ausência de vontade política para garantir um volume

adequado e regular de recursos para o financiamento das políticas públicas de saúde. (INSTITUTO..., 2001, p. 13).

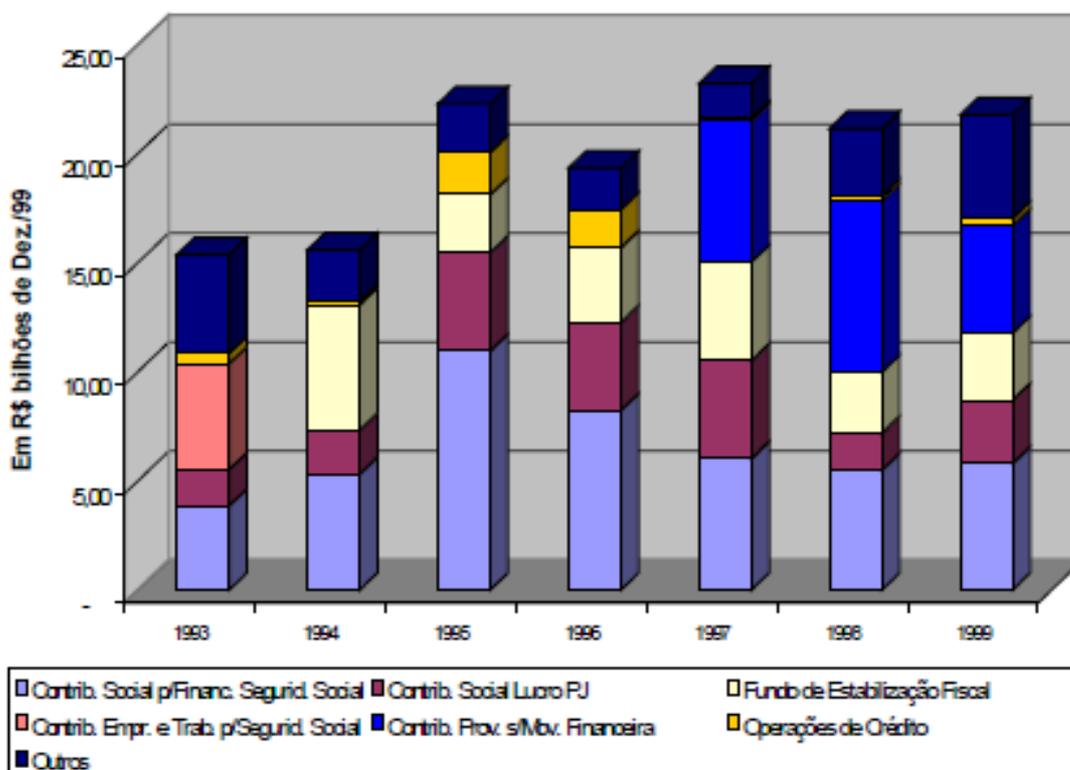


Gráfico 8. Evolução das Fontes de Financiamento – Ministério da Saúde

Fonte: IPEA (2001, p. 15).

Tabela 6. Ministério da Saúde: distribuição do gasto, segundo a fonte dos recursos, 1993/1999 (em R\$ milhões, dez. 1999)

	(Em R\$ milhões de dez./99)						
Fontes de Financiamento	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Recursos Ordinários	1 376,3	156,1	703,2	38,3	237,1	2 285,3	3 201,4
Títulos Resp. Tesouro Nacional	2 319,8	251,9	587,3	648,2	648,2	98,3	165,9
Operações Crédito Internas – Moeda	401,5	-	1 704,0	1 598,1	-	-	-
Operações Crédito Externas – Moeda	71,2	187,3	337,6	165,4	115,9	223,6	315,7
Recursos Diretamente Arrecadados	155,0	333,4	542,6	484,3	560,7	548,3	753,3
Contribuições Sociais	10 377,3	8 511,1	15 465,6	12 268,2	16 984,9	15 043,3	13 621,3
Contrib. Social Lucro PJ	1 644,2	2 083,7	4 503,3	4 022,2	4 491,9	1 690,3	2 903,2
Contrib. Social p/Fin. Segurid. Social	3 868,5	5 316,7	10 982,3	8 346,1	6 025,7	5 501,3	5 797,9
Contrib. Enpr. e Trab. p/Segurid. Social	4 864,7	-	-	-	-	-	-
Contrib. Procr. s/Mov. Financeira	-	-	-	-	6 467,3	7 851,8	4 920,1
FINSOCIAL- Recup. Dep. Judiciária	-	1 180,7	-	-	-	-	-
Fundo de Estabilização Fiscal	-	5 745,8	2 665,2	3 422,9	4 530,9	2 814,0	3 085,3
Demas. Fontes	684,2	413,2	393,3	725,4	155,3	156,7	648,2
<b>Total</b>	<b>15 385,4</b>	<b>15 598,7</b>	<b>22 298,9</b>	<b>19 350,8</b>	<b>23 233,1</b>	<b>21 169,5</b>	<b>21 791,1</b>

Fonte: STAF/SIDOC. Elaboração: IPTA/DISOC.

Fonte: (IPEA, 2001, p. 13).

Por intermédio do FEF, o governo federal teve como objetivo aumentar o volume de recursos desvinculados no orçamento federal. Além do mais, tentou dessa forma diminuir os repasses obrigatórios da União para estados e municípios por meio do Fundo de Participação Estadual (FPE) e Fundo de Participação Municipal (FPM). No âmbito do OSS, pretendeu igualmente contornar a obrigatoriedade prevista na Lei nº 8.212/91 (Lei de Financiamento e Custeio da Seguridade Social), que previa percentuais decrescentes de utilização de recursos de contribuições sociais para o pagamento de EPU. (INSTITUTO..., 2001, p. 14).

Outro movimento pela busca da estabilidade financeira da saúde é encabeçado por parlamentares, buscando a vinculação de receitas nos orçamentos das três esferas de governo e, principalmente, dos estados. Machado (2005) relata que os embates e negociações com a área econômica do governo também foram acirrados, como relatam os próprios ministros da Saúde à época, em entrevistas concedidas à pesquisadora. Após várias reformulações à proposta original, a EC nº. 29 foi aprovada em 13 de setembro de 2000, sete anos após seu primeiro envio ao Congresso. A primeira proposta foi de autoria dos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires em 1993 e, como relata Faveret (2002), emergiu como resposta à interrupção dos aportes das contribuições previdenciárias à Saúde.

Alguns fatores que dificultam o financiamento da política de saúde na década de 1990 são os mesmos, segundo Lima (2006, p. 94), que contribuem para a desconstrução da ideia original do OSS:

Os mecanismos impetrados pela União para desvincular os recursos da Seguridade, a progressiva especialização das contribuições sociais e os movimentos isolados de diferentes setores da política social pela garantia de maior estabilidade de recursos. Não se pode ignorar o possível efeito dessas medidas no financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS, pois, mesmo aportando recursos próprios para o setor, os governos subnacionais dependem dos recursos oriundos do orçamento do MS para suprir suas necessidades de gasto.

#### **4.4 Governos estaduais brasileiros: fragilidade fiscal e financeira e suas implicações para o processo de financiamento e regulação das relações intergovernamentais do SUS<sup>59</sup>**

A rolagem e a renegociação das dívidas dos estados e de seus bancos geraram expressivos movimentos na dívida mobiliária federal, sendo considerada uma das razões para o desequilíbrio na dívida líquida do setor público na segunda metade dos anos 1990.<sup>60</sup>

<sup>59</sup> Subitem elaborado a partir da análise de Dain (2001).

<sup>60</sup> A adoção das políticas para zerar o déficit, senão para a credibilidade junto aos investidores internacionais, colocou o espaço da política fiscal em discussão, dissociando crescentemente as ações para seu controle das verdadeiras causas de desequilíbrio das contas públicas. Esta situação é verdadeira para a segunda metade dos anos 1990, que reverte o comportamento extremamente favorável das contas públicas, observado no início da década.

A situação financeira dos governos estaduais pode ser compreendida à luz do processo histórico de formação da dívida. A questão do endividamento dos estados circunscreve-se ao conflito intrínseco à organização federativa do estado brasileiro. Sob o ponto de vista do governo federal, o controle do déficit dos estados integra uma série de medidas de controle macroeconômico.<sup>61</sup>

Em meados da década de 1990, a crise das finanças estaduais era generalizada. Dispondo somente de instrumentos de ordem fiscal para solução da crise, insuficiente para reverter o quadro de desequilíbrio financeiro, impôs-se a formulação de outras formas de recomposição da capacidade de pagamento dos estados, condicionadas às condições de rolagem, que permitissem a compatibilização entre o montante de dívida e a capacidade fiscal dos estados.<sup>62</sup>

A impossibilidade de propor uma política global sancionou o sobre-endividamento dos governos de algumas unidades da federação, pois o ajuste fiscal não acabou com o desequilíbrio financeiro, que acabou sendo transferido para União, fazendo com que grande número destes assinasse acordos de Ajuste Fiscal e Reestruturação. Com base nesse acordo, foi refinanciada uma parte significativa da dívida estadual.

A federalização de parte da dívida a redimensionou ao reconfigurar seu perfil, notando-se um crescimento em termos absolutos, entre janeiro de 1998 e dezembro de 1999, com a substituição da dívida privada pela dívida no setor público. Esses movimentos contrários refletem o processo de refinanciamento da dívida estadual, quando esta, junto aos bancos estaduais e federais, é assumida pelo Tesouro Nacional com a correspondente transferência de passivos. Temos então a redução do passivo estadual junto ao setor privado e a mudança da estrutura do passivo no interior do próprio setor público, movimentos devidos ao processo de refinanciamento. Constataram-se, com o desdobramento deste acordo, a estabilização da trajetória da dívida (para e começa a cair) e a promulgação da nova lei de Responsabilidade Fiscal.

Do ponto de vista dos governos estaduais, afirma-se que a questão do endividamento foi equacionada: perdeu-se autonomia quanto à gestão fiscal; as relações financeiras intergovernamentais ainda conservam os desequilíbrios financeiro e fiscal, apesar da

---

<sup>61</sup> Lei de Responsabilidade Fiscal e Relações Financeiras Intergovernamentais no Contexto Federativo Brasileiro. Disponível em: [http://www.tesouro.fazenda.gov.br/premio\\_tn/vpremio/financas/mh2tefpvptn/mhtfp.pdf](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/premio_tn/vpremio/financas/mh2tefpvptn/mhtfp.pdf). Acesso em: 06 set 2009.

<sup>62</sup> A transformação do financiamento de curto prazo em outro compatível com a capacidade de pagamento dos estados suaviza o ajuste fiscal necessário na presença de desequilíbrios financeiros. O ajuste fiscal, isoladamente, não permite a superação do problema na esfera financeira, muito embora a esfera fiscal condicione a capacidade de superação da crise financeira, pois esta, em certa medida, define a capacidade de pagamento, pelos governos subnacionais, dos encargos da dívida.

promulgação da Lei Complementar nº 101 (Responsabilidade Fiscal),<sup>63</sup> proposta pelo Executivo Federal. Esta tem por objetivo declarado a garantia da sustentabilidade intertemporal da política fiscal e, para tanto, cria regras, limites e controles com a intenção de modificar o tratamento dado à gestão pública e a responsabilização dos governantes por seus atos (DAIN, 2001).

O desequilíbrio financeiro dos estados refletiu a limitação dos mecanismos de controle de endividamento dos governos subnacionais. O financiamento do governo advém de receitas fiscais e de operações de crédito, mas financiar diferenciais entre despesas e receitas implica obter recurso via operação de crédito. A dívida, comprometendo receitas futuras, prejudica sobremaneira a autonomia da gestão fiscal e a capacidade de acolher encargos de governo no processo de descentralização em curso, particularmente no campo das políticas.

O acordo de refinanciamento assinado entre União e os governos estaduais compatibilizou as condições de financiamento à capacidade de pagamento dos estados, e as parcelas previstas por este mostram claramente as limitações do processo de descentralização fiscal, que já estava minado em grande medida desde 1988, e a posição de fragilidade financeira dos estados.

A maior pressão sobre estados [...] ocorre, por sua vez, em um contexto de restrição financeira e de implantação de estratégias de reforma administrativa voltadas para retração do quadro do funcionalismo público [...] pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Esta Lei, ao impor limites com gastos com pessoal nas três esferas de governo, dificulta a contratação de profissionais necessários à expansão das ações e dos serviços de saúde e a remuneração de servidores em níveis salariais adequados. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2004, p. 45 e 94).

O impacto mais imediato dessa renegociação é tornar compulsória a adesão do estado ao ajuste fiscal e à geração de superávit primário para cumprimento de acordos internacionais, sem protegê-lo das consequências das políticas monetária, financeira e cambial, definidas de forma exógena. Diante disso, questiona-se a possibilidade de se estabelecer limites sustentáveis intertemporais, em termos fiscais, compatíveis com a atual situação do endividamento dos estados, algo difícil, que se soma com o sacrifício da capacidade de gasto fiscal e de concretização de políticas públicas de cunho descentralizado dependentes de transferências federais e contrapartidas locais.

---

<sup>63</sup> Esta lei complementar estabelece normas de finanças públicas com a intenção de incrementar a responsabilidade na gestão fiscal através de uma ação planejada e transparente. Segundo a lei, a responsabilidade na gestão fiscal pressupõe risco e correção de desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas e a obediência a limites e condições no que tange à renúncia de receita, geração de despesas (tais como com pessoal e com a seguridade social), dívidas consolidadas e mobiliárias, operações de créditos, inclusive por antecipação de receita, concessão de garantia e inscrição em restos a pagar.

Assim, a fragilidade fiscal e financeira dos estados foi respondida com a Lei de Responsabilidade Fiscal, prevendo mecanismos de controle fiscal e financeiro das contas governamentais. O cumprimento de metas entre receitas e despesas, principalmente com a seguridade social, são estabelecidas por essa norma jurídica. Entendida como mais um mecanismo centralizador, a Lei de Responsabilidade Fiscal subordina os estados ao governo central, revertendo a descentralização proposta em 1988.

## 5 CONCLUSÃO

O financiamento público da Saúde revela um entrelaçamento virtuoso da política social e da política de desenvolvimento. A evolução do Sistema Único de Saúde brasileiro ocorre em paralelo a movimentos muito acentuados de políticas econômicas de cunho fiscal voltadas para estabilização econômica e centradas no ajuste fiscal. Assim, a política econômica é determinante do espaço da política social, em geral restrito. O embate entre as duas lógicas – econômica e social – ainda é presente no Brasil.

Ao querer compreender os limites do SUS do ponto de vista do seu financiamento federal, verificamos em que medida as políticas econômicas, no período estudado, tem-se constituído em restrição.

A situação econômica vivenciada pelo país a partir de 1988 também explica o desmonte do conceito de Seguridade Social. Sem que os determinantes econômicos sejam considerados *per si* os responsáveis pelo desmonte do ideário da CF, todos os governos concederam primazia às questões econômicas. Os acordos realizados com o FMI, o aumento da carga tributária global e das taxas de juros aplicadas no período também caracterizam a situação econômica do país nos anos que se seguiram à CF de 1988.

A política social e seu financiamento são percebidos, por um movimento ideológico da política econômica, como ônus para sociedade; e também, como responsáveis por um desequilíbrio das contas públicas. Assim, apresenta-se como natural a precedência da política econômica sobre a social. Esse embate é uma, senão a mais importante, explicação para a virtual paralisia dos avanços do SUS no campo do financiamento, sobretudo o federal.

As disputas entre as áreas sociais e entre estas e a Fazenda são visíveis no pós-constituente, e tornam-se tão acirradas que acabam inviabilizando a proposta da montagem de um orçamento único para a Seguridade Social. Em 1993, as receitas provenientes das contribuições salariais de empregados e empregadores passam a financiar exclusivamente a Previdência Social.

A política fiscal vem ocupando lugar de destaque no cenário econômico e político brasileiro há alguns anos. O superávit primário passou de componente da política macroeconômica a uma espécie de símbolo da governabilidade e da força política da autoridade econômica. Um debate sobre política fiscal, partindo da organização institucional do Estado brasileiro para chegar à desmontagem de suas estruturas, que culmina em sua desorganização e de suas políticas, notadamente no que toca aos instrumentos de mobilização

e canalização de recursos econômicos para dar suporte ao desenvolvimento econômico e social, é verificado na análise dos autores.

Ainda na análise dos autores, verificamos os motivos pelos quais a Previdência “avançou” sobre as fontes de receitas e despesas da Seguridade, entre eles: 1) aumento de despesas com a expansão de benefícios e o fraco desempenho das contribuições salariais em decorrência do crescimento do desemprego e das ocupações não regidas por contratos formais de trabalho; 2) aumento das solicitações por aposentadorias, em função de demanda formada no período anterior (tempo de trabalho) e antecipações.

Se os fatores de ordem institucional são relevantes, o contexto político e econômico da década de 1990 exacerbou os efeitos distorcidos do sistema tributário sobre a receita disponível e sobre a capacidade de gasto do Estado. Nesse sentido, o pragmático federalismo fiscal brasileiro, seguindo a terminologia proposta por Fiori (1995), não obedeceu à expansão do papel do Estado na proteção social e não promoveu a superação das desigualdades regionais, tendo seguido, principalmente, os ditames da política macroeconômica de estabilização e os ajustes estruturais da economia impostos por agentes externos, organismos multilaterais e interesses privados.

Na década de 1990, tivemos a formulação e aplicação de vários dispositivos pela área fazendária da União que possibilitaram a recuperação de sua receita disponível, *vis-à-vis* a descentralização tributária conquistada em 1988. A recentralização da receita financiou as altas taxas de juros. Pela visão de estudiosos, a desvinculação, com a criação do Fundo de Estabilização de Emergência, ocorreu em nome da estabilização da moeda, permitindo que 20% da receita de impostos e contribuições fossem livremente alocados pelo Governo federal, inclusive para pagamento dos juros da dívida.

É preciso planejar as ações a serem desenvolvidas. Autores da área defendem que a dívida pública não tem origem fiscal, e sim financeira. No recorte estudado, o Brasil praticou austeridade fiscal, incorrendo, entretanto, em equívocos de condução de política que resultaram em vultosa dívida pública. Uma equivocada política de juros, geradora de dívida pública, buscou um equilíbrio fiscal que contingenciou o Estado de Bem-Estar. Hoje, estes impasses estão superados, e no contexto da nova crise financeira global, a posição do Brasil é até mesmo invejável, com sua transformação em prestador líquido de recursos ao FMI.

Na Saúde, entretanto, nada mudou. Do pós-88, e até hoje, prepondera a visão da saúde como fonte de despesa, afastando-a da ideia de direito social ou valor humano. Desvios no uso de recursos da Seguridade Social, oscilações de fontes e instabilidade no aporte de receitas do MS marcaram o financiamento do SUS e limitaram os investimentos e

transferências correntes federais realizados para os estados e municípios. Paralelamente, houve o aceite passivo da subtração da receita fiscal (sobretudo das contribuições sociais destinadas ao financiamento da Seguridade Social, e da saúde) para o pagamento dos encargos financeiros da dívida. No conjunto de aspectos constitucionais e legais presentes neste trabalho, verificamos o embasamento que a estrutura institucional e decisória do SUS usa para produzir ações. Nesta pesquisa, foram verificadas as ações voltadas para garantir a estabilidade do financiamento federal do sistema.

O esforço anti-inflacionário e a passagem de uma economia controlada pelo Estado para uma economia aberta à competição externa e comandada pelos agentes privados submeteram a ação governamental da União e causaram sérios danos à descentralização das responsabilidades sociais, sendo o setor da saúde apresentado como um dos mais afetados, segundo os autores analisados. As contribuições sociais são, de longe, as principais fontes de financiamento, mas variam amplamente ano a ano: em 1995, a CSLL aportou R\$ 20,3 bilhões para o gasto total de R\$41,3 bilhões e, em 2004, a CSLL aportou R\$ 12,4 bilhões para o gasto total de R\$ 38,1 bilhões. A descentralização plena de recursos e encargos sociais foi impedida por uma política econômica comprometida com as variáveis de controle da inflação e atração de capital externo.

A EC29 não define as fontes que devem financiar a Saúde, e sim a variação de seu gasto pelo crescimento do PIB nominal. No campo específico da Saúde, os repasses para o Ministério da Saúde originários das receitas administradas pela Secretaria do Tesouro Nacional – receitas fiscais, COFINS, CSLL – apresentaram comportamento cíclico e alternância na composição das fontes, mesmo após instituição da CPMF e da implantação da EC29.

A fragilidade fiscal e financeira dos estados foi respondida com a Lei de Responsabilidade Fiscal, prevendo mecanismos de controle fiscal e financeiro das contas governamentais. O cumprimento de metas entre receitas e despesas, principalmente com a Seguridade Social, é estabelecido por essa norma jurídica. Entendida como mais um mecanismo centralizador, a Lei de Responsabilidade Fiscal subordina os estados ao governo central, revertendo-se a descentralização proposta em 1988.

Após 1999, com a deterioração do financiamento externo e flutuação do câmbio, a política fiscal adquire um caráter francamente contracionista, via realização de superávits primários, que haviam desaparecido nos primeiros anos da década, para compensar a carga de juros. Se para os críticos a necessidade da manutenção de elevados juros decorria do déficit de

transações correntes, o governo, enquanto pôde, ignorou o déficit externo, atribuindo ao desequilíbrio fiscal o papel de vilão.

O SUS é subfinanciado. A Emenda Constitucional nº 29, promulgada em 13 de setembro de 2000, e ainda sem regulamentação pela respectiva lei complementar, não apresenta efeitos práticos no financiamento federal do SUS. Autores que analisaram a política de saúde no Brasil nos anos 1990 também concordam que a EC 29 é mais um exemplo da capacidade de distorcer propostas antes defendidas pelos setores progressistas e transformá-las em estratégias convenientes para o projeto neoliberal.

As Constituições brasileiras que tratam do tema da saúde, inicialmente no modelo bismarquiano, e a partir de 1988, no modelo universalista welfariano, não conseguiram, de fato, implantar um financiamento público da saúde. Vários autores e inúmeros estudos mostram, inclusive, que o gasto com saúde no Brasil financiado pelo setor privado (despesas com planos de saúde, seguros de saúde, despesas diretas realizadas pelas famílias e sistemas de saúde oferecidos pelas empresas a seus funcionários) é maior que o realizado pelo setor público. Os autores apresentam que um sistema tributário projetado para instrumentar uma política de crescimento acelerado pouco pode ser útil caso a prioridade da política econômica venha a ser a de melhorar a distribuição de renda. Assim como um sistema, com suas competências altamente centralizadas no poder central, revela-se inadequado quando a descentralização passa a ser considerada ideal para o funcionamento de uma federação.

São reais as dificuldades de ordem institucional de nosso sistema tributário. O sistema tributário brasileiro acumulou severas distorções. Moderno ao final dos anos 1960, retrocede no início do século XXI. Devido a encargos do setor público e para atendimento das metas fiscais, tributos cumulativos foram reinseridos. Isso acarreta, segundo pesquisadores, perda de competitividade da produção doméstica no mercado global e injustiça na partilha da carga tributária no Brasil. Uma reforma tributária, no centro da arena desde o início dos anos 1990, é impedida pela divergência de interesses dos envolvidos. Isto, frente à sua incapacidade de compensar desequilíbrios fiscais e orçamentários mais permanentes e estruturais dos diferentes níveis de governo, por vezes agrava-os.

Durante longo tempo, os ideólogos do conservadorismo fiscal defenderam a posição de que a principal restrição ao avanço da reforma tributária residia na necessidade de manter o superávit fiscal requerido para sustentar o equilíbrio macroeconômico e a estabilidade monetária. A vulnerabilidade externa e o baixo dinamismo econômico no governo Fernando Henrique Cardoso, somado ao federalismo fiscal brasileiro, não abriram espaço para adoção de medidas mais ousadas que ameaçassem as metas do ajuste fiscal.

A Reforma Tributária de 2003 aprovou a vigência da DRU até 2007, embora os indicadores da economia nacional da época na Casa Civil, por cautela, exigissem que se mantivesse vigente tal comando até que as condições macroeconômicas e as incertezas do cenário internacional desaparecessem. Com o novo superávit primário acertado com o FMI, promoveram-se cortes no Orçamento da União de R\$ 14,1 bilhões, o que reduziu a disponibilidade dos ministérios na área social em 12,44%, segundo estudos analisados.

A pouca ênfase na capacidade desenvolvimentista gerada pelo investimento centrado na saúde dos mais desfavorecidos fez paralelo com as políticas macroeconômicas efetuadas no Brasil no período estudado. Especialistas em orçamentos instavam o governo federal a não ter nenhuma contribuição social vinculada ao financiamento da saúde.

Nos estudos aqui analisadas, verificamos que não ocorreu ampliação dos gastos federais com SUS em relação ao PIB, mesmo com o aumento e a criação de novas fontes de contribuições sociais pelo Estado. No recorte, constatam-se os sucessivos ajustes fiscais impostos ao país, para os quais foram desviados recursos de contribuições sociais destinados às políticas de Saúde.

A evolução do Gasto Social Federal de 1995-2001 se divide em dois períodos: primeiro mandato FHC, com expansão do gasto social federal maior que o crescimento econômico e sem preocupações com o ajuste fiscal. No segundo período, segundo mandato de FHC, no gasto social fiscal predominou uma tendência às oscilações de acordo com o ciclo econômico e os ajustes nos gastos, principalmente com o deslocamento da prioridade para o pagamento dos juros da dívida pública, o que acarretou aumento dos gastos financeiros. Também foram utilizadas fontes de financiamento do gasto social, como as contribuições sociais, a fim de enfrentar o desequilíbrio fiscal financeiro, uma vez que as arrecadações dessas fontes cresceram à frente dos gastos sociais.

Em termos absolutos, o financiamento do SUS na esfera federal, no período posterior à Constituição, foi condicionado por dois fatores: um deles foi o tratamento concedido à Previdência no interior da Seguridade Social. O outro foi a política de austeridade fiscal implementada pelo Governo Federal no campo social. Desde 1993, a saúde deixou de contar com os recursos das contribuições de empregados e empregadores, principal fonte de seu custeio até então. A partir daí, a saúde ficou mais dependente dos recursos do Tesouro Nacional, isto é, seu financiamento passou a depender, mais do que antes, da disponibilidade de caixa do Tesouro Nacional e de negociações realizadas junto à esfera econômica do Governo Federal.

Os avanços dos SUS sobrevivem ao modelo de gestão também caracterizado pelo subfinanciamento público, sobretudo o federal, com fragmentação dos repasses. Assim, ao olharmos a construção do Sistema Único de Saúde a partir de seu financiamento federal, temos a convicção de que uma política econômica mais inclusiva e amparada na proteção social dos cidadãos redistribuirá a igualdade.

Os obstáculos enfrentados pelo SUS, em seu financiamento, não são inerentes ao modelo de sistema de saúde em que ele se inspira. Ao contrário, decorrem de fatores extrasetoriais relacionados às políticas de ajuste macroeconômico que vinculam nada menos que a metade do gasto público ao pagamento das despesas com juros, encargos e amortização das dívidas interna e externa.

Desde o início deste século, os obstáculos ao alargamento do financiamento federal do SUS, se explicaram pela vinculação da metade do gasto público ao pagamento das despesas com juros, encargos e amortização da dívida pública, que não são próprias do modelo inspirador. Então, a política de ajuste macroeconômico executada, no período estudado, foi um fator extra-setorial de contratempo ao financiamento federal do SUS.

Novos tempos já se desenham claramente no campo das finanças públicas brasileiras e na condução da política econômica. Afrouxamento da política fiscal com redução das metas de superávit primário, queda expressiva das taxas de juros, combinados com a “normalização” do risco Brasil no sistema internacional de “rating” das condições de investimento.

Ainda assim, não se percebe mudança positiva no encaminhamento de novas condições de estabilidade e suficiência no financiamento federal do SUS, no campo das propostas de Reforma Tributária ou de regulamentação da EC 29. Desvela-se assim, um novo campo de considerações, não abordadas por esta tese, sobre os pactos implícitos na rota de relacionamento público–privado seguida pelo SUS desde sua criação.

O afrouxamento da situação fiscal é ainda muito recente para permitir afirmações mais fortes sobre os rumos do SUS na nova década que se aproxima. Deixamos aqui, entretanto, nossa preocupação e perplexidade diante de novo cenário favorável às finanças públicas brasileiras e ainda tão resistente a incorporar o SUS como materialização dos direitos fundamentais da cidadania.

## REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L.; SAMUELS, D. *Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1998. 253 p.
- AFFONSO, R. B. A.; SILVA, P. L. B. (Org.). *Reforma tributária e federalismo*. São Paulo: FUNDAP, 1995.
- AFONSO, J. R. R.; ARAÚJO, E.A. *Mais tributos com menos demanda pública: o (duro) ajuste brasileiro*. 2005. In: SEMINÁRIO DE POLÍTICA FISCAL DA CEPAL, 17., *Anais...* Santiago do Chile. Versão Preliminar, 26 jan. 2005.
- \_\_\_\_\_.; LOBO, T. *Descentralização fiscal e participação em experiências democráticas retardatárias*. Brasília: IPEA, 1996. (Planejamento e políticas públicas, 14).
- ALMEIDA, S. C. F.; CAVALCANTI, C. E. G. As contribuições sociais e a reforma tributária. In: AFFONSO, R. B. A.; SILVA, P. L. B. (Org.). *Reforma tributária e federação*. São Paulo: FUNDAP, 1995. p. 97-128.
- ARRETCHE, M T. S. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro: Revan, 2000. 302 p.
- AZEVEDO, S.; MELO, M. A. A política da reforma tributária: federalismo e mudança constitucional. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 12, n. 35, p. 75-100, 1997.
- AZEVEDO JÚNIOR, R. (Org.). *Planos de saúde: nove anos após a Lei nº 9.656/9*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, 2007.
- BAPTISTA, T. W. F. Seguridade social no Brasil. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 49, n. 3, p. 99-118, 1998.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Editora 70, 1977.
- BARRERA, A. W.; ROARELLI, M. L. M. Relações fiscais intergovernamentais. In: AFFONSO, R. B. A.; SILVA, P. L. B. (Org.). *Reforma tributária e federação*. São Paulo: Fundap, 1995. p. 129-160.
- BIASOTO JUNIOR, G. *A estatização do endividamento externo e o crescimento da dívida do setor público na primeira metade da década*. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 16., 1988, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: ANPEC, 1988. v. 3.
- BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. (Org.). *Dicionário de política*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2007. v. 1-2.
- BRASIL. *Constituição Federal, Código Civil, Código de Processo Civil*. Org. por Y. S. Cahali. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

BRASIL. *Constituição Federal, Consolidação das Leis do Trabalho, Legislação Previdenciária*. Org. por Nelson Mannrich. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Fazenda. *Política econômica e reformas estruturais*. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Evolução da despesa do SUS com ações e serviços públicos de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria-Executiva. *Mais saúde: direito de todos*. 2008-2011. 2. ed. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. *Exposição de motivos: Proposta de Emenda Constitucional Reforma Tributária*. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Lei nº. 5.172, de 25 de outubro de 1966, alterado pela Lei Complementar nº. 118/2005. Dispõe sobre o Sistema Tributário Nacional e institui normas gerais de direito tributário aplicáveis à União, Estados e Municípios. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L5172.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L5172.htm)>. Acesso em: 13 out. 2008.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Lei nº. 8.080, de 24 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 13 out. 2008.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Lei nº. 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8212cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8212cons.htm)>. Acesso em: 13 out. 2008.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Orçamento e planejamento da União*. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/secretaria.asp?cat=51&sub=129&sec=8>>. Acesso em: 13 out. 2008.

CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 871p.

CARNEIRO, R. *Desenvolvimento em crise: a economia brasileira no último quarto de século XX*. São Paulo: UNESP, 2002.

CASTRO, S. H. R. *Sístoles e diástoles no financiamento da saúde no Estado de Minas Gerais: o período pós-constitucional de 1989*. 2007. 296f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

COHN, A. Políticas de Saúde e reforma sanitária hoje: delimitações e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2019-2028, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Financiamento da saúde: novos desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. *A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

DAIN, S. et al. A avaliação dos impactos de reforma tributária sobre o financiamento da saúde. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Org.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: UNICAMP, 2001. p. 233-288.

\_\_\_\_\_. Dilemas do Estado diante da nova ordem econômica e social. In: VALLADARES, L.; COELHO, M. P. (Org.). *Governabilidade e pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995c. p. 65-104 apud MAGALHÃES, P. A.; MINEIRO, A. S.; ELIAS, L. A. (Org.). *Vinte anos de política econômica*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1999.

\_\_\_\_\_. *Do direito social à mercadoria*. 2000. Tese (Concurso para Professor Titular) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

\_\_\_\_\_. O financiamento público na perspectiva da política social. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 17, p. 113-140, dez. 2001.

\_\_\_\_\_. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1851-1864, 2007.

\_\_\_\_\_. Visões equivocadas de uma reforma prematura. In: AFFONSO, Rui de B. A.; SILVA, Pedro L. B. (Org.). *Reforma tributária e federação*. São Paulo: Fundap, 1995b. p. 43-74.

ELAZAR, D. J. *Exploring federalism*. Tuscaloosa, AL: University of Alabama, 1987. 335p.

ESPING-ANDERSEN, G. *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1990 apud DAIN, S. *Do direito social à mercadoria*. 2000. Tese (Concurso para Professor Titular) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

FAVERET, A. S. C. *Federalismo fiscal e descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000*. 2002. 274f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

FIORI, J. L. *O federalismo frente ao desafio da globalização*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1995. (Série Estudos em Saúde Coletiva; n. 15).

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Gestão financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico*. 3. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

GIAMBIAGI, F. *O 'Efeito Tanzi' e o imposto de renda da pessoa física: um caso de indexação imperfeita*. Brasília: IPEA/INPES, 1988. (Texto para discussão; 133).

\_\_\_\_\_. *A política fiscal do governo Lula em perspectiva histórica: qual é o limite para o aumento do gasto público*. Brasília: IPEA, 2006. (Texto para Discussão; 1169).

GONÇALVES, R.; BARROS, A. C. Tendências dos termos de troca: a tese de Prebisch e a economia brasileira – 1850/1979. *Pesquisa e Planejamento Econômico*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 109-132, abr. 1982.

HENRIQUEZ, C. C.; SIMÕES, D. (Org.). *A redação de trabalhos acadêmicos: teoria e prática*. 4. ed. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2008. 132 p.

IBGE. *Sistema de contas nacionais: Brasil 2003*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/contasnacionais/referencia1985/2003/default.shtm>>. Acesso em: 24 set. 2008.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Boletim de políticas sociais: acompanhamento e análise 2007*. Brasília, 2007a. Edição Especial n. 13.

\_\_\_\_\_. *Financiamento das políticas sociais nos anos 1990: o caso do Ministério da Saúde*. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Diretoria de Estudos Sociais. *Políticas públicas: acompanhamento e análise*. Brasília, 2007(b).

JORGE, E. A.; MESQUITA, A. C. S.; MIRANDA, J. *Reflexões preliminares sobre o impacto da reforma tributária no financiamento da seguridade social e especificamente da saúde (versão 2)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://www.abresbrasil.org.br/pdf/ivjornadaabres02.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2008.

\_\_\_\_\_. et al. *Seguridade social e o financiamento do SUS no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estudo\\_seguridade\\_social.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estudo_seguridade_social.pdf)>. Acesso em: set. 2008.

KUGELMAS, E.; SOLA, L. Recentralização / descentralização: dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. *Tempo Social*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 63-83, 1999.

LEONI, B. H. *Fernando Henrique Cardoso: o Brasil do possível*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997. 360p.

LESSA, C.; EARP, F. Pobreza e política social: uma leitura da questão da exclusão nos anos 90. *Praga - Estudos Marxistas*, São Paulo, n. 3, p. 63-87, 1997 apud MAGALHÃES, P. A.; MINEIRO, A. S.; ELIAS, L. A. (Org.). *Vinte anos de política econômica*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1999.

LIMA, L. D. *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2006.

\_\_\_\_\_. *Relações fiscais e financiamento do SUS: breve balanço do Pacto pela Saúde e construção de alternativas para a partilha intergovernamental de recursos na saúde*. Rio de Janeiro, set. 2007. Mimeografado.

LIMA, N. T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 193-233.

LOPES, J.; TAPIA, J.; MACCHI, C. *Novos parâmetros para a reorganização da política social brasileira*. Rio de Janeiro, 1993. Mimeografado.

LUCCHESE, P. T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde: retrospectiva 1990/1995. In: AFONSO, J. R. R.; LOBO, T. *Descentralização fiscal e participação em experiências democráticas retardatárias*. Brasília: IPEA, 1996.

MACHADO, C. V. *Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

MACHADO, H. B S. *Contribuições e federalismo*. São Paulo: Dialético, 2005.

MAGALHÃES, P. A.; MINEIRO, A. S.; ELIAS, L. A. (Org.). *Vinte anos de política econômica*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1999. 288p.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. O financiamento da atenção à saúde no Brasil. *Pesquisa & Debate*, São Paulo, v. 12, n. 1/19, p. 65-91, 2001.

\_\_\_\_\_. SUS e seguridade social: em busca do elo perdido. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 39-49, 2005.

MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 377-389, 2001.

MÉDICI, A. C.; MARQUES, R. M. *O Fundo Social de Emergência e o financiamento da política social no biênio 1994/1995*. São Paulo: FUNDAP/IESP, 1994a. (Nota técnica; 5).

MELLO, L. *Estimating a fiscal reaction function: the case of debt sustainability in Brazil*. Paris: OECD, 2005.

MORA, M. *O processo de endividamento dos estados: problemas e limites à descentralização e à autonomia*. 1998. Dissertação (Mestrado em Economia) - Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

NASSER, A. C. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008. (Coleção Sociologia).

O NEOLIBERALISMO está cercado. *Carta Capital*, São Paulo, v. 14, n. 492, 23 abr. 2008.

NORONHA, J. C.; LIMA, Luciana D.; MACHADO, C. V. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 45-94.

\_\_\_\_\_.; SOARES, L. T. A política de saúde nos anos 90. *Ciência e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2002.

OHANA, E. F. The Brazilian 1994 stabilization plan: an analytical view. *EPGE Ensaios Econômicos*, n. 307, jul. 1997 apud GIAMBIAGI, F. *A política fiscal do governo Lula em perspectiva histórica: qual é o limite para o aumento do gasto público*. Brasília: IPEA, 2006. (Texto para Discussão; 1169).

OLIVEIRA, F. A.; REZENDE, F. O Estado e a federação. In: REZENDE, F.; TAFNER, P. (Ed.). *Brasil: o estado de uma nação*. Rio de Janeiro: IPEA, 2005. p. 253-283.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Investir na saúde: resumo das conclusões da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde*. Genebra, 2003. 36p.

PINTO, M. P. A.; BIASOTO JÚNIOR, G. (Org.). *Política fiscal e desenvolvimento no Brasil*. Campinas: Ed. da Unicamp, 2006. 525p.

PIOLA, S. F.; BIASOTO JÚNIOR, G. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Org.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Ed. da Unicamp, 2001. p. 219-232.

\_\_\_\_\_.; RIBEIRO, J. A. C.; REIS, C. O. O. Financiamento das políticas sociais: o caso do Ministério da Saúde. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 51, n. 3, p. 75-98, 2000.

PORTAL TRIBUTÁRIO. *Os tributos no Brasil*. Disponível em:  
<<http://www.portaltributario.com.br/tributos.htm>>. Acesso em: 23 nov. 2008.

PRADO, S. Distribuição intergovernamental de recursos na federação brasileira. In: REZENDE, F.; OLIVEIRA, F. A. (Org.). *Descentralização e federalismo fiscal no Brasil: desafios da reforma tributária*. Rio de Janeiro: K. Adenauer, 2003a. p. 41-125.

\_\_\_\_\_. Partilha de recursos e desigualdade nas federações: um enfoque metodológico. In: REZENDE, F.; OLIVEIRA, F. A. (Org.). *Descentralização e federalismo fiscal no Brasil: desafios da reforma tributária*. Rio de Janeiro: K. Adenauer, 2003a. p. 273-331.

\_\_\_\_\_. (Coord.). *Partilha de recursos na federação brasileira*. São Paulo: FAPESP/FUNDAP, 2003. 245p.

REGO, J. M. (Org.). *Inflação inercial, teorias sobre a inflação e o Plano Cruzado*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

REIS, C. O. O.; RIBEIRO, J. A. C.; PIOLA, S. F. *Financiamento das políticas sociais nos anos 1990: o caso do Ministério da Saúde*. Brasília: IPEA, 2001.

REZENDE, F. Modernização tributária e federalismo fiscal. In: REZENDE, F.; OLIVEIRA, F. A. (Org.). *Descentralização e federalismo fiscal no Brasil: desafios da reforma tributária*. Rio de Janeiro: K. Adenauer, 2003a. p. 25-38.

\_\_\_\_\_.; AFONSO, J. R. R. *A federação brasileira: fatos, desafios e perspectivas*, dez. 2001. Disponível em:  
<<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/229990/Rezende%20e%20Afonso.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2008.

RIBEIRO, J. A.; PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. *Financiamento da saúde*. Brasília: IPEA, 2005.

- SANTOS, N. R. *Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos*. Disponível em:  
<[http://www.cebes.org.br/anexos/Pol%C3%ADtica%20P%C3%ABlica%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil\\_encruzilhada,%20buscas%20e%20escolhas%20de%20rumos.pdf](http://www.cebes.org.br/anexos/Pol%C3%ADtica%20P%C3%ABlica%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil_encruzilhada,%20buscas%20e%20escolhas%20de%20rumos.pdf)>.  
Acesso em: 24 set. 2008.
- SERRA, J.; AFONSO, J. R. R. *O federalismo fiscal à brasileira: algumas reflexões*, dez. 2001. Disponível em:  
<<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/229987/Serra%20e%20Afonso.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2008.
- SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. *Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação*. 3. ed. rev. e atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.
- SOUZA, C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 24, p. 105-121, 2005.
- STEPAN, A. Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem ou ampliam o poder do demos. *Dados -Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 197-251, 1999.
- TAFNER, P.; MENDONÇA, J. O. O período pós-laboral: previdência e assistência social no Brasil. In: REZENDE, F.; TAFNER, P. (Ed.). *Brasil: o estado de uma nação*. Rio de Janeiro: IPEA, 2005. p. 231-303.
- TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.379-391, 2003.
- TV CÂMARA. Laboratório Brasil. *Documentário com depoimentos e revelações sobre a luta contra a inflação nos anos 80 e 90*. Direção de Roberto Stefanelli. Disponível em  
<<http://www.camara.gov.br/internet/tvcamara/default.asp?Materia=47604&selecao=MAT>>.  
Acesso em: 24 set. 2008.
- UGÁ, M. A. D. Ajuste e política social: a experiência latino-americana. *Revista Archetypion*, Rio de Janeiro, n. 5, 1994.
- \_\_\_\_\_. Ajuste estrutural, governabilidade e democracia. In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. (Org.). *A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997a.
- \_\_\_\_\_. *Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro*. Relatório de pesquisa do Projeto Justiça no Financiamento do Setor Saúde. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.
- \_\_\_\_\_. Crise econômica e políticas sociais: elementos para discussão. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 305-335, jul./set. 1989.
- \_\_\_\_\_. *Propostas de reforma do setor saúde nos marcos do ajuste macroeconômico*. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997b.

UGÁ, M. A. D.; MARQUES, R.M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: TRINDADE, N. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 193-233.

\_\_\_\_\_; SANTOS, I. S. *Relatório parcial de pesquisa do Projeto Justiça no Financiamento do Setor Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. Mimeografado.

VARSANO, R. *A evolução do sistema tributário brasileiro ao longo do século: anotações e reflexões para futuras reformas*. Brasília: IPEA, 1996. (Texto para Discussão, 405) apud LIMA, L. D. *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2006.

VIANA, A. L. D'Á.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto: lições do caso brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002a.

VIANNA, M. L. T. W. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2000. 288p.

VIANNA, S. B. *Evolução e perspectivas da pesquisa em economia da saúde no Brasil*. Brasília: IPEA, 1998.

VIANNA, S. W. et al. *Carga tributária direta e indireta sobre as unidades familiares no Brasil: avaliação de sua incidência nas grandes regiões urbanas em 1996*. Brasília: IPEA; 2000 (Texto para Discussão, 757).

VIEIRA, M. A. R. *Manual de direito previdenciário: teoria, jurisprudência e 580 questões*. 6. ed. São Paulo: Impetus, 2006.

WATTS, R. L. *Comparing federal systems in the 1990s*. Ontario: Institute of Intergovernmental Relations, 1996. 126 p.