

Futuros do Brasil textos para debate

Resistência democrática e direitos sociais:
o papel da reserva internacional para
financiar o SUS

Carlos Octávio Ocké-Reis



Futuros do Brasil
textos para debate

**Resistência democrática e direitos sociais:
o papel da reserva internacional para
financiar o SUS ***

Carlos Octávio Ocké-Reis

Pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES) – Brasil. As opiniões, erros e omissões apresentadas neste trabalho são de inteira responsabilidade do autor.

E-mail: carlos.ocke@ipea.gov.br

Ministério da Saúde – MS
Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

Nísia Trindade Lima – Presidente

Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz – CEE/Fiocruz

Antonio Ivo de Carvalho – Coordenador

Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz
Fundação Oswaldo Cruz
Avenida Brasil 4.036 – 10º Andar – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro/RJ – Brasil
Tel.: 55 21 3882-9133
cee@fiocruz.br
cee.fiocruz.br

Introdução

Em 1988, a Constituição brasileira definiu a saúde como “dever do estado” e “direito do cidadão”. Portanto, pela letra da lei, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), todo cidadão possui tal direito de acordo com suas necessidades de saúde, independentemente da sua capacidade de pagamento, da sua inserção no mercado de trabalho ou da sua condição de saúde.

Considerando a relevância social dessa medida, torna-se razoável supor que o Estado deveria ter concentrado seus esforços para fortalecer o SUS nesses quase trinta anos. Entretanto, ele não contou com financiamento estável (MARQUES e MENDES, 2005), enquanto os planos privados de saúde receberam pesados incentivos governamentais (OCKÉ-REIS e GAMA, 2016), favorecendo, a um só tempo, o crescimento do mercado e a estratificação da clientela.

Para os sanitaristas, não foi fácil lidar com essa contradição: apesar da afirmação da saúde como direito social na Constituição, o SUS não foi capaz de romper com o processo de “americanização perversa” (Vianna, 1998) ao qual foi submetido. Pior: o mercado agravou as distorções desse tipo de *mix* público/privado (COHN, VIANA E OCKÉ-REIS, 2010), uma vez que o aumento do poder econômico acaba corroendo a sustentabilidade do financiamento estatal, estabelecendo um círculo vicioso, marcado pela queda relativa do custeio e do investimento na saúde pública (cf. TUOHY, FLOOD E STABILE, 2004).

Nesse sentido, dado que a saúde foi, paradoxalmente, considerada livre à iniciativa privada na Constituição, diferente do esquema Beveridgiano e similar ao modelo liberal estadunidense, o sistema brasileiro passou a funcionar de forma duplicada e paralela – na esteira da privatização do antigo modelo de seguro social (ANDRADE e DIAS FILHO, 2009). Ademais, além dos problemas relacionados ao subfinanciamento, à qualidade da gestão e ao controle social, da ótica assistencial, o SUS não cobre

– regularmente – o polo dinâmico da economia, cujos trabalhadores (setor privado e setor público) teriam, em tese, maior capacidade de vocalização para lutar pela implantação do modelo de seguridade social – a exemplo da formação do Estado de bem-estar social europeu no século XX.

Nesse sentido, na atual conjuntura histórica, para que a possibilidade de superação do subfinanciamento do SUS ganhe doses de realismo e capacidade real de disputa de hegemonia, parece essencial romper com a política de austeridade fiscal, que produz impactos negativos sobre o financiamento das políticas de saúde e sobre as condições de saúde da população. Em particular, seria oportuno revogar – sem, necessariamente, instaurar uma assembleia nacional constituinte – o atual modelo de financiamento do SUS, que agora tem como base as regras da Emenda Constitucional (EC) 95, as quais, na prática, desmontam os pressupostos constitucionais do SUS e tendem a ampliar a privatização do sistema de saúde.

Superar a política de austeridade fiscal

Boa parte do movimento da Reforma Sanitária criticou – corretamente – os erros da experiência petista na saúde pública (a internacionalização do mercado de serviços hospitalares, por exemplo), mas reconheceu também pontos em que o SUS avançou (o programa Mais Médicos).

Nada se compara, entretanto, à perspectiva de desmonte do atual governo Temer: ilegítimo, fruto de um golpe parlamentar, a um só tempo, pretende sucatear o SUS (EC 95) e aprofundar a privatização (aumento dos gastos das famílias e dos empregadores com bens e serviços privados de saúde). Apesar da configuração desse quadro político híbrido, de coexistência entre um regime liberal e um regime autoritário, que feriu o estado democrático de direito, para garantir a universalidade e integralidade do SUS, apostamos na unidade das frentes populares, na luta contra as reformas neoliberais da previdenciária e trabalhista e na mobilização da sociedade civil em defesa da soberania, da democracia e dos direitos sociais.

Em particular, como a recessão pode se agravar com a política de austeridade fiscal, isso coloca a urgência de o bloco progressista costurar um programa mínimo capaz de barrar o avanço dos conservadores e reacionários na luta de classes e nas eleições presidenciais, sob pena de se tornar inviável a sustentação do SUS enquanto pedra fundamental para elevação do padrão de vida da população brasileira.

Nesse sentido, inspirado pelo Plano Popular de Emergência (Frente Brasil Popular, 2017), parece essencial romper com a política de austeridade: ao reprimir o crescimento econômico e os gastos sociais, ela acaba penalizando as classes médias e as classes populares, justamente os setores sociais que mais sofrem com a recessão. Em plena estagnação da economia brasileira, ela teve início no segundo governo Dilma (BELLUZZO e BASTOS, 2015), que chegou a enfrentar o capital financeiro em 2012, reduzindo os spreads bancários e a taxa básica de juros (SINGER, 2016). Depois do golpe parlamentar, entretanto, tal política foi aprofundada pelo governo Temer com a aprovação da EC 95 – que congelou as despesas primárias por vinte anos, a um só tempo, visando se apropriar de parcelas crescentes do fundo público para fins de pagamento da dívida pública e aumentar a mais valia relativa e absoluta expropriada dos trabalhadores¹ com as reformas neoliberais da previdenciária e trabalhista.

Da ótica marxista, esse apontamento acerca da austeridade merece ser examinado, porém, na prática, além da elevação de impostos, o déficit fiscal continua a crescer, sem fustigar os encargos financeiros da dívida pública (juros e amortização) e sem promover uma reforma tributária progressiva. No curto período do governo Temer, o desemprego aumentou e a economia não saiu da recessão, determinando uma expressiva concentração de renda, riqueza e poder nas mãos dos bancos e dos rentistas. Esse radicalismo ultraliberal gera desigualdade e instabilidade política, criando trepidações para estabilidade democrática no Brasil, favorecendo o populismo de direita, na esteira

da crise internacional do capitalismo e da crise teórica do projeto socialista.

No caso do SUS, a aplicação da política de austeridade assume contornos dramáticos (genocida), além de ser irracional (contingenciamento orçamentário seletivo, que acaba onerando ainda mais o sistema no médio prazo). Num país subdesenvolvido e dependente, que sofre pressão das multinacionais do complexo médico-industrial, essa política tende a agravar a pobreza, a desigualdade, a violência nas regiões metropolitanas e os baixos níveis educacionais e culturais, que, como um círculo vicioso, voltam a pressionar o sistema. Isso para não falar do subfinanciamento crônico das políticas de saúde, mas que agora estão diante de um verdadeiro ataque ao estatuto de direito social com a EC 95, a internacionalização do mercado de serviços hospitalares, a proposta dos planos privados *populares* de saúde e o fim do programa Farmácia Popular na rede básica de atenção à saúde. Como dizem Stuckler e Basu (2014): a recessão fere, mas a austeridade mata.

Revogar a EC 95

Em abril deste ano, o ministro da Saúde disse em audiência pública no congresso nacional que o SUS não precisava de recursos novos (ABrES, 2017). Essa posição do Ministério da Saúde torna-se mais preocupante, quando a política de austeridade fiscal do Governo Federal provoca recessão e desemprego, tendo como consequência a piora das condições de saúde e expulsão da clientela de planos privados de saúde.

Contudo, faltam sim recursos financeiros para o SUS e boa parte dos problemas de gestão decorrem exatamente do subfinanciamento da saúde pública. Negar sua gravidade, que será aprofundado com a EC 95, significa – na prática – apoiar o desmonte do SUS, negando um direito social inscrito na Constituição de 1988. Segundo especialistas e gestores, a aplicação dessa EC retira do SUS aproximadamente

¹ Cf. MARX, 2013.

R\$ 400 bilhões em vinte anos, considerando que, em média, o PIB crescerá 2,0% ao ano e a taxa anual de variação do IPCA ficará em 4,5% (Vieira e Sá e Benevides, 2016).

Gastamos pouco em saúde e, algumas vezes, quando gastamos mal, é porque gastamos pouco. Por exemplo, aumentar o salário real e garantir condições de trabalho dos profissionais de saúde é essencial para melhorar a qualidade da atenção à saúde prestada pelo SUS, bem como para melhorar os indicadores clínicos, epidemiológicos e sociais da população brasileira.

Como o financiamento do SUS pode ser considerado suficiente, se o gasto público total em saúde é de aproximadamente apenas R\$ 3,20 per capita por dia? O nível de investimento é claramente insuficiente, seja comparado com outras experiências internacionais, seja observando-se o gasto privado per capita e a renda média brasileira, ou ainda a própria demanda reprimida por bens e serviços públicos de saúde.

Para atender mais de 150 milhões de pessoas (lembrando que o alto custo estende-se para toda população), os dados indicam que o investimento público total em saúde (União, estados, Distrito Federal e municípios) representou tão somente 3,9% do PIB em 2015, enquanto nos países com sistemas de cobertura ou acesso universal o setor público responde, no mínimo, com 6% do PIB. E mais: a participação federal no financiamento do SUS caiu nos últimos 25 anos, representando hoje somente 43% do total, em comparação ao crescimento das participações municipal e estadual, principais responsáveis pelo aumento do gasto público total em saúde nesse período (PIOLA *et al.*, 2013). Devemos melhorar a qualidade do gasto, mas a reivindicação por mais recursos continua necessária, visando ao aprimoramento da própria gestão – em termos da oferta com qualidade e com segurança para as famílias e para os trabalhadores.

Parece que o governo *joga água no moinho* do mercado de planos de saúde – que conta com subsídios fiscais crescentes e não entrega o que promete aos consumidores – tendo em mente a proposta de criação de planos privados *populares* ou *acessíveis*

(desregulados e limitados em termos de cobertura de serviços). Mas nosso papel será fortalecer o financiamento do SUS e ampliar a capacidade regulatória do Estado sobre o mercado de serviços de saúde, começando pela revogação da EC 95, caso o próximo governo eleito comprometa-se com a consolidação dos pressupostos constitucionais do SUS.

Reserva internacional como mediação para financiar do SUS

Macroeconomistas de esquerda estão corretos ao serem cautelosos na aplicação das reservas internacionais para alavancagem do investimento público e dos gastos sociais. Afinal, uma crise na balança de pagamentos pode quebrar a economia brasileira, em cenário global instável e belicoso, que favorece a manipulação do câmbio por setores do capital financeiro internacional e nacional.

Reconhecemos que, para sairmos da crise, a questão da reforma tributária é central na atual conjuntura. É preciso mudar a composição da carga tributária, desonerando as classes populares e médias, penalizadas por uma carga que incide sobre o trabalho e sobre a produção, à medida que não se tributa a alta renda, especialmente a financeira, e o patrimônio. Devem-se criar condições políticas que viabilizem essa mudança, inclusive como engrenagem para a retomada do crescimento econômico brasileiro, uma vez que a não tributação do patrimônio e da alta renda acaba favorecendo a financeirização. Ao lado da redução dos juros, esse seria um meio concreto para fortalecer o padrão de financiamento público dos direitos sociais no Brasil contemporâneo (OCKÉ-REIS, 2017).

No entanto, no curtíssimo prazo, existem obstáculos para: (i) renegociar a dívida pública a partir de auditoria interna; (ii) aprovar uma reforma tributária progressiva; (iii) reverter a avalanche das desonerações fiscais – que chegaram a R\$ 277,1 bilhões em 2015; (iv) recriar a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) no Congresso Nacional, que deverá incidir sobre depósitos ou movimentações bancárias a partir de determinado valor, estabelecendo arrecadação compartilhada com

estados e municípios, com a finalidade específica de financiar o SUS (Frente Brasil Popular, 2017).

Sendo assim, visando fortalecer o padrão de financiamento público, esse zelo dos macroeconomistas não deveria desconsiderar que, na atual correlação de forças, o Brasil não retomará – rapidamente – o crescimento e o emprego, tampouco fortalecerá a industrialização e o mercado interno, sem o apoio decisivo do Estado. Por exemplo, são quase 14 milhões de trabalhadores que precisam voltar ao mercado de trabalho, no contexto de uma crise política de grandes proporções na história recente.

Tomado de assalto pelo patrimonialismo e pelo neoliberalismo, o Estado se encontra hoje sem capacidade de arrecadação e com expressivo déficit primário. Desse modo, não há saída para a crise que não passe pela própria reconstrução do Estado e pela melhoria do padrão de vida das classes populares e médias. E não basta aliviar o peso do endividamento das empresas e famílias (setor privado), com o manejo da política monetária, embora seja medida oportuna para dinamizar a demanda agregada, favorecida pela redução dos juros reais como efeito da prolongada recessão.

Com uma governança transparente, por meio das reservas internacionais, é necessário injetar recursos financeiros adicionais nos bancos públicos, tendo como objetivo investir na Petrobrás (Pré-Sal), na infraestrutura urbana nas regiões metropolitanas e nas políticas de saúde – que são altamente intensivas em força de trabalho. Essa iniciativa nos permitirá ganhar força real para disputar hegemonia contra a direita, mas será necessário organizar e mobilizar a população, em uma conjuntura na qual a esquerda se encontra na defensiva, diante do golpe parlamentar e da cruzada moralista da operação Lava-Jato.

Segundo dados do Banco Central do Brasil, tínhamos aproximadamente US\$ 368 bilhões de reservas em fevereiro de 2017. Por que não aplicar entre 10% a 15% desses recursos em um fundo em

defesa do emprego e dos direitos sociais? As reservas continuarão robustas, com a vantagem de fortalecer o orçamento e o mercado interno, fundamento essencial, entre outros, para resistir aos ataques especulativos no curto prazo, além de reduzir contabilmente a dívida pública.

Está na hora de apostar em um tipo de desenvolvimentismo que fortaleça a soberania, o crescimento econômico, o emprego e os direitos sociais e ambientais. Em resumo, consideramos as reservas internacionais a mediação necessária entre economia (depressão) e política (fascismo) para superar a crise econômica e o golpe parlamentar em sentido democrático e popular.

Considerações finais

Essa proposta, que preconiza a utilização no curto prazo de parte das reservas internacionais, precisa ser debatida pelo movimento sanitarista, buscando a reconstrução de uma expressiva base de apoio social e parlamentar de caráter classista em defesa do SUS.

Deve-se lutar para ampliar o financiamento, para melhorar a gestão e para fortalecer a participação social do SUS, mas, ao mesmo tempo, na crítica à privatização, deve-se propor a criação de estruturas institucionais e mecanismos regulatórios que permitam atrair segmentos da clientela da medicina privada para o SUS, bem como que permitam reduzir o gasto dos trabalhadores, das famílias e dos idosos com planos de saúde, serviços médico-hospitalares e remédios.

A realização dessa tarefa extraordinária tem um ponto de apoio importante na cultura socialista: o debate em torno da transição passa pela aplicação de certo capitalismo de Estado, que valorize a solidariedade entre as nações, a função social da propriedade, o planejamento e o mercado interno, desprivatizando o fundo público e incorporando a sociedade civil no processo decisório governamental.

Sem projeto de “reforma da reforma” – expressão cunhada por Campos (1992) –, uma visão fiscalista, na qual o fomento ao mercado de planos apareceu como solução pragmática para desonerar as contas públicas, passa a fazer parte do ideário de setores sociais-liberais e mesmo socialdemocratas no Estado e na sociedade.

Não é à toa que há certo consenso entre os especialistas do setor, que os “maiores desafios [do SUS] são políticos, pois supõem a garantia do financiamento do subsistema público, a redefinição da articulação público-privada e a redução das desigualdades de renda, poder e saúde” (PAIM, 2013). ■

Referências bibliográficas

ABRES (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE). Nota de Esclarecimento Sociedade Brasileira. Disponível em <http://abresbrasil.org.br/nota-de-esclarecimento-sociedade-brasileira.html>, acesso em 28 de julho de 2017.

ANDRADE, E. I. G.; DIAS FILHO, P. P. S. Padrões de financiamento da saúde do trabalhador: do seguro social ao seguro saúde. IN: LOBATO, L. V.; FLEURY, S. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 160-172. (Coleção Pensar em Saúde.)

BELLUZZO, L. G. de M.; BASTOS, P. Z. (Org.). *Austeridade para quem? Balanço e perspectivas do governo Dilma Rousseff*. São Paulo: Carta Maior:Friedrich Ebert Stiftung, 2015.

CAMPOS, G. W. de S. *Reforma da reforma. Repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec Editora, 1992.

COHN, A.; VIANA, A. L. D’A.; OCKÉ-REIS, C. O. Configurações do sistema de saúde brasileiro: 20 anos do SUS. *Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 57-70, jul./set. 2010.

FRENTE BRASIL POPULAR. *Plano Popular de Emergência, 2017*. Disponível em http://frentebrasilpopular.org.br/system/uploads/action_file_version/b12a6f2a11ff2ece-42ece882738bed2c/file/cartilh-corrigida-1.pdf, acesso em 1/08/2017.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. SUS e seguridade social: em busca do elo perdido. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 39-49, 2005.

MARX, K. *O capital: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção de capital*. São Paulo: Boitempo, 2013.

OCKÉ-REIS, C. O. Política social, desenvolvimento e cidadania: a história também anda para trás. IN: RODRIGUES, P. H. de A.; SANTOS, I. S. (Org.). *Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências*. Rio de Janeiro: Cebes:Hucitec Editora, 2017. p. 205-208.

OCKÉ-REIS, C. O.; GAMA, F. N. de. *Radiografia do gasto tributário em saúde – 2003-2013*. Brasília: Ipea, maio 2016. (Nota Técnica n.º 19.)

PAIM, J. S. A Constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1934, 2013.

PIOLA, S. F. et al. *Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo*. Rio de Janeiro: Ipea, 2013.

SINGER, A. A (falta de) base política para o ensaio desenvolvimentista. IN: SINGER, A.; LOUREIRO, I. (Org.). *As contradições do lulismo: a que ponto chegamos?* São Paulo: Boitempo, 2016. p. 21-54.

STUCKLER, D.; BASU, S. *A economia desumana. Porque mata a austeridade*. Portugal: Bizâncio, 2014.

VIEIRA, F. S.; SÁ e BENEVIDES, R. P. *Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil*. Brasília: Ipea, setembro 2016. (Nota Técnica n.º 28.)

TUOHY, C. H.; FLOOD, C. M.; STABILE, M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Durham (EUA) v. 29, n. 3, p. 359-396, 2004.

VIANNA, M. L. T. W. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Revan, 1998.