



Universidade de Brasília- UnB

Instituto de Ciências Humanas- IH

Departamento de Serviço Social- SER

Trabalho de Conclusão de Curso

**A estrutura do federalismo no Brasil e as implicações
sobre a Política de Saúde**

Jéssica Késia Damasceno

Orientador: Prof. Dr. Evilasio da Silva Salvador

Brasília-DF, outubro de 2014



Universidade de Brasília- UnB

Instituto de Ciências Humanas- IH

Departamento de Serviço Social- SER

A estrutura do federalismo no Brasil e as implicações sobre a Política de Saúde

Jéssica Késia Damasceno

*Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento
de Serviço Social no curso de graduação, da Universidade de
Brasília, para fins de obtenção do diploma de bacharelado em
Serviço Social.*

Brasília-DF, outubro de 2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

Jéssica Késia Damasceno

A estrutura do federalismo no Brasil e as implicações sobre a Política de Saúde

Aprovado em: __/__/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. Evilasio da Silva Salvador (orientador) - UnB

Prof. Dra. Rosa Helena Stein - UnB

Prof. Dra. Sandra Oliveira Teixeira- UnB

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, no qual a fé que tenho me permitiu passar por este caminho de uma maneira excepcional.

Agradeço ao meu pai Jaci, a minha mãe Damares, e ao meu irmão Jonathas por todo amor, apoio e compreensão neste momento da minha vida.

Ao meu orientador o professor Evilasio, que me auxiliou na elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso, e me ensinou questões fundamentais não só na feitura deste trabalho, mas por questões que irei levar pela vida profissional.

A professora e coordenadora de curso Rosa Stein que além de estar disponível para participar da banca, me assessorou na antecipação deste trabalho.

A professora Sandra que também fará parte da banca examinadora, e pelos ensinamentos repassados.

Aos meus amigos e colegas de curso, no qual fizeram com que a aprendizagem se tornasse não só um fator de luta profissional contra questões inerentes dos conflitos de classes, mas um ambiente no qual valha a pena lutar, pois nós encontramos força uns nos outros.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso analisa questões inerentes à diminuição do gasto no investimento da Política de Saúde, em virtude não só da diminuição do Orçamento da Seguridade Social (orçamento do âmbito da União), como também pela priorização do gasto na Política de Previdência Social (política contributiva). A Política de Saúde assegurada na Constituição Federal de 1988 foi uma conquista da sociedade em que vários movimentos sociais, como o movimento sanitarista, contribuíram com suas organizações de luta para o acesso democrático, universal e igualitário em todo o território brasileiro, caracterizando o federalismo brasileiro como cooperado, contudo, promover a seguridade social ao mesmo tempo em que promove uma política econômica que constrange recursos da seguridade social, foi algo contraditório e que comprometeu o gasto nesta política. A falta de regulamentações logo após a promulgação da Carta Magna, os ataques de cunho neoliberal, como as privatizações, desonerações das empresas, desvinculações de receitas, e a limitação dos gastos, foi algo que contribuiu para o enfraquecimento e a fragmentação das ações e serviços de saúde. As classes trabalhadoras foram as que mais tiveram impacto em suas rendas, visto que a tributação indireta é a que mais recai no Brasil, ou seja, aquela que incide sobre bens e serviços. Os repasses da União para que as subnacionais tivessem maior autonomia, como o promovido na Constituição, também foi comprometido pela falta de financiamento, pois tanto a União, como estados, DF e municípios deveriam atingir metas de cunho econômico. As subnacionais acabariam disputando investimentos em suas áreas territoriais para o aumento de suas receitas, tipificando o federalismo brasileiro não como cooperado, mas sim como competitivo.

Palavras-chave: Política de Saúde, Federalismo brasileiro, orçamento e financiamento.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Proporção da repartição dos recursos entre as Políticas de Previdência Social, Assistência Social e Saúde, no ano de 2012 e 2013.....	61
Gráfico 2- Estimativa de valores não repassados em decorrência da desoneração do IPI e IR-2008 à 2013.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Gastos com Saúde por Entes da Federação.....	36
Tabela 2- Arrecadação tributária global por esfera de governo- 2012.....	50
Tabela 3- Receita disponível por esfera de governo- 2010.....	51
Tabela 4- Participação relativa ao PIB a preço de mercado- Brasil e regiões (anos selecionados) (Em %).....	53
Tabela 5- Receita Tributária por tributo das esferas federativas- 2008 à 2012. Em milhões.....	59
Tabela 6- Desonerações e Renúncias Tributárias no ano de 2011 e 2012.....	61
Tabela 7. Execução Orçamentária do IPI, IR e CIDE repassados aos estados, DF e municípios no ano de 2011,2012 e 2013.....	63
Tabela 8- Transferência da União por regiões para os Fundos de Participação nos anos de 2012 e 2013.....	64
Tabela 9- Dotação e Despesa do Ministério da Saúde, 2011 à 2013. Em milhar (R\$).....	65
Tabela 10- Recursos repassados da União para estados, DF e municípios no ano de 2011 à 2013. Em R\$.....	66
Tabela 11- Dotação e Despesa dos estados e DF com ações e serviços de saúde de 2011 à 2012. Em R\$.....	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-Receitas para o financiamento da saúde, por subnacionais, de acordo com a LC n°141 de 2012.....	38
Quadro 2- Os tributos arrecadados por cada ente federativo pós-Constituição de 1988.....	49
Quadro 3- Transferência Constitucional da União aos estados, DF e municípios de acordo com o art. 159.....	62

LISTA DE ABREVIACÕES

AFE- Auxílio Financeiro aos Estados

AFM- Auxílio Financeiro aos Municípios

AIS- Ações Integradas de Saúde

CAPs- Caixas de Aposentadorias e Pensões

CCONF- Coordenação Geral de Normas de Contabilidade Aplicadas a Federação

CF- Constituição Federal

CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CIDE- Contribuição sobre Intervenção no Domínio Econômico

COFINS- Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

CPMF- Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CSLL- Contribuição Social sobre o Lucro Líquido

DRU- Desvinculação de Recursos da União

EPU- Encargos Previdenciários da União

FAT- Fundo de Amparo ao Trabalhador

FPE- Fundo de Participação dos Estados

FPEx- Fundo de Participação dos Estados Exportadores

FPM- Fundo de Participação dos Municípios

FUNDEB- Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação

GENOP- Gerência de Normas e Procedimentos de Gestão Fiscal

IAPs- Instituto de Aposentadorias e Pensões

ICMS- Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços

II- Imposto de Importação

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

IOF- Imposto sobre Operações Financeiras

IPI- Imposto sobre Produtos Industrializados

IPTU- Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial e Urbana

IPVA- Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores

IRPF- Imposto de Renda da Pessoa Física

IRPJ- Imposto de Renda da Pessoa Jurídica

ISSQN- Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
ITBI- Imposto sobre a Transmissão Inter Vivos de Bens Imóveis
ITCD- Imposto sobre a Transmissão Causa Mortis e Doações
ITR- Imposto Territorial Rural
LDO- Lei das Diretrizes Orçamentárias
LOA- Lei do Orçamento Anual
MS- Ministério da Saúde
OSs- Organizações sociais
OSS- Orçamento da Seguridade Social
PASEP- Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público
PIB- Produto Interno Bruto
PIS - Programa de Integração Social/
PPA- Plano Plurianual
SINPAS- Sistema Nacional de Previdência Social
SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
Procedimentos Metodológicos.....	14
CAPÍTULO I. PROTEÇÃO SOCIAL E A SEGURIDADE SOCIAL: AVANÇOS E OBSTÁCULOS.....	16
1. 1 O sistema de proteção social, as políticas sociais e a seguridade social.....	16
1.2 Breve contextualização histórica.....	20
1.3 A importância do Movimento Sanitarista.....	23
1.4 A Saúde na Constituição Federal de 1988 e no Sistema Único de Saúde (SUS).....	24
1.5 A desconstrução neoliberal dos direitos sociais.....	28
CAPÍTULO II- FEDERALISMO E O FINANCIAMENTO DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL.....	39
2.1 Questões conceituais acerca do federalismo.....	39
2.2 Federalismo e Políticas Sociais.....	41
2.3 O processo histórico do federalismo brasileiro.....	44
2.4 O Federalismo no Brasil pós-Constituição de 1988.....	47
2.5 Descentralização às subnacionais e o obstáculo da regulação.....	54
CAPÍTULO III- O FINANCIAMENTO, AS DESONERAÇÕES E RENÚNCIAS TRIBUTÁRIAS NA EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE.....	57
3.1 O Financiamento e as Desonerações que afetam o Orçamento da Saúde.....	57
3.2 Gastos com a Política de Saúde.....	63
3.3 Fatores da diminuição do gasto na Saúde.....	66
Considerações Finais.....	70
REFERÊNCIAS.....	72

INTRODUÇÃO

A proteção social contra infortúnios, como doença, invalidez e velhice é uma forma de categorização do termo "justiça social", que surgiu desde os primórdios, em que as diferentes civilizações a incorporaram de maneiras distintas. Nas sociedades capitalistas a proteção social assume a peculiaridade de estar relacionado ao fator trabalho, já que a apropriação da mais-valia, do tempo necessário e do tempo excedente é algo que descategoriza este termo, pois a proteção não é colocada como uma forma de defesa da população, mas sim de defesa da produção e do consumo, podendo a justiça social assumir um caráter de conquistas trabalhistas por meio de movimentos sociais para o ganho de direitos sociais. (SILVA, 2011). Como a proteção social instaurada na Alemanha por Bismark, que foi marcada pela mobilização dos trabalhadores ao mesmo tempo em que o Estado agia com forte repressão. (BEHRING; BOSCHETTI, 2010).

A seguridade social no capitalismo, por sua vez, engloba algumas políticas sociais. No Brasil nos anos atuais, a seguridade social engloba as seguintes políticas sociais: Previdência Social, Assistência Social e Saúde. Além do seguro-desemprego. Os sistemas de seguridade social ganharam arranjos diferentes em diversos países capitalistas, podendo ter um caráter mais universal ou mais restrito e seletivo, sendo que parte dos serviços são ofertados pelo setor privado, sendo assim há variações na forma de intervenção do Estado. O keynesianismo e o fordismo que ganhou corpo após a segunda guerra mundial, também surge como uma resposta a primeira grande crise do capitalismo de 1929, apregoando a intervenção do Estado para salvar o próprio capitalismo. A seguridade social, a partir do Relatório Beveridge, na Inglaterra teve ampliação universal de cobertura, tendo vários tipos de cobertura à população, contudo, ainda havia um caráter patrimonialista em que culpabilizava indivíduos em situação de pobreza e miséria, não os relacionando com as consequências da produção capitalista.

No Brasil a inserção das políticas sociais foi marcada por diversos fatores excludentes, como o patrimonialismo, a tradição escravocrata, a intensa desigualdade social e regional, o clientelismo, a repressão militar, dentre tantos outros fatores que contribuíram para uma má adesão e implementação das políticas sociais e a da própria seguridade social.

Uma das primeiras formas de proteção social regulamentadas em lei foi realizada em 1923, com a Lei Eloy Chaves, com a instituição das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), mas estas não eram de maneira universal, visto que a maioria da população ainda ficou de fora. Décadas depois, mais e mais mobilizações foram ocorrendo, o movimento sanitaria foi um deles, que buscou a democratização com acesso universal da saúde e maior

participação estatal, a importância deste movimento com suas pautas de mudança incentivou a forma de implementação da Política de Saúde, sendo esta instaurada no âmbito da Seguridade Social em 1988 de maneira universal, visto que a Saúde, anteriormente à Constituição era vista ou como mercadoria ou como filantropia a quem necessitasse.

O federalismo está relacionado com as distribuições de competências, em que a ordem política, Constitucional, econômica, fiscal, social, cultural, dentre outros fatores, interferem no tipo de federalismo que predomina no país. Inicialmente no Brasil, havia a característica de um federalismo isolado, na república velha havia a centralização nos estados, mais tardiamente essa centralização recairia em âmbito federal. Com a Carta Magna de 1988, apesar de promover questões essenciais para a maior participação das subnacionais, com quesitos de descentralização, participação, delegação de obrigações e repasses de receitas, isto ainda foi visto como algo que não possuiu a efetividade que deveria. Cury (2006) tipifica formas de federalismo, sendo o federalismo unitário (o poder no âmbito de um ente), o dualista (o poder no âmbito da União e estados, excluindo municípios) e o cooperado (todas as esferas possuem poder).

No Brasil pós CF/1988, houve a descentralização para maior participação das subnacionais (estados, DF e municípios) na implementação da Saúde e de outras políticas. A descentralização dos serviços e ações de Saúde para o âmbito municipal foi uma grande conquista na forma de implementação de ações peculiares com as particularidades de cada subnacional, tendo de ser realizadas transferências fiscais para estes, visto que, os valores mais elevados da arrecadação tributária são alocados no âmbito da União. Para busca de autonomia dos Estados e Municípios, houve o aumento de repasses ao Fundo de Participação dos Estados (FPE) e ao Fundo de Participação dos Municípios (FPM), em que cada subnacional terá sua cota-parte para implementar de forma que exerça sua autonomia, contudo, ainda há regulamentações que limitam este poder, centralizando a decisão no âmbito da União.

A Saúde foi expressa na CF/1988 como direito de todos e dever do Estado, mais tarde regulamentada pela Lei 8080, em 1990. Que promoveu outros fatores determinantes e condicionantes da Saúde, como a alimentação, moradia, saneamento, trabalho, dentre outros. O Orçamento da Seguridade Social promovido na CF possui uma base de financiamento diversificada, tendo contribuições como Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido, o Programa de Integração

Social (PIS), o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), dentre outros, para a busca do efetivo e eficaz financiamento destas políticas.

Apesar da CF/1988 promover diversos fatores e princípios que consagram as políticas sociais, em especial à saúde, com a promoção da descentralização das ações e serviços de saúde para as subnacionais, estes ainda estão fortemente barrados por uma política econômica que predominou no período após a Constituição, destacadamente a política fiscal, com forte ajuste na forma de economia dos recursos públicos para o pagamento dos juros da dívida pública, o que desfavorece o financiamento da política e a autonomia de poder de decisão das subnacionais. O federalismo pela Constituição teria características de cooperado, contudo os fatores que decorriam na execução das políticas no Brasil, fez questionar esta tipificação.

A demora de regulamentação na forma como se deu financiamento da Saúde, visto que a Constituição necessitou de regulamentações posteriores, foi um fator que demonstrou a falta de comprometimento do Estado centralizado no âmbito da União, priorizando a política macroeconômica.

A Emenda Constitucional n° 29 de 2000 (EC/29), foi uma das primeiras ações para com o financiamento da Saúde, obrigando estados, o DF e os municípios a alocarem o mínimo de suas receitas na saúde e a União aplicar a mais a variação nominal do PIB do ano anterior, mais tarde em 2012, a Lei Complementar n° 141 regulamentou a EC/29, fixando os valores mínimos que devem ser aplicados aos estados, DF e municípios, mas não fixou valores mínimos para a União.

Paralelamente as políticas neoliberais trataram de desconfigurar as políticas sociais, uma das artimanhas tem sido estimular as desonerações tributárias e incentivar o mercado privado e o consumo, o que faz com que retire recursos da Seguridade Social, pois o Estado reduz as contribuições, um exemplo disso são as desonerações e as renúncias tributárias, que incidem em contribuições fundamentais para o financiamento da Seguridade Social como o CSLL, o PIS, o PASEP e a Desoneração da Folha de salários dos empregadores. O que acaba sendo contraditório, pois incentiva o mercado ao mesmo tempo em que não promove a execução de políticas sociais fundamentais previstas na Constituição.

Outra política neoliberal implantada foi à criação da Desvinculação de Recursos da União (DRU), podendo desvincular até 20% das receitas, o que acarreta impactos negativos no Orçamento da Seguridade Social, transferindo estes valores para o Orçamento Fiscal da União, destinado ao aumento do superávit primário para o pagamento da dívida pública. Houve a criação de outros tributos para cobrir a retirada dos recursos pela DRU, como a

Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em 1996, que apesar de aumentar o gasto na saúde, não foi suficiente para atender toda a demanda, e posteriormente foi desvinculado da Saúde.

A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) foi efetivada aderindo às regras do Fundo Monetário Internacional (FMI), fazendo com que houvesse rígido controle dos gastos e das contas públicas em todas as esferas territoriais e em todos os poderes (Legislativo, Executivo e Judiciário), possuindo como lema a "disciplina fiscal", o que limitou os gastos e investimentos das subnacionais não só em políticas sociais, mas também em investimentos e em gastos com pessoal, priorizando o pagamento do juro da dívida à execução das políticas de destinação à população.

O que descaracteriza denominar o federalismo brasileiro como cooperado, mas sim como federalismo competitivo, pois a diminuição das finanças públicas afetaria a forma como agir em prol da população, fazendo com que as subnacionais venham a competir entre si para os repasses da União, em que a centralização dos recursos, algo contrário a Constituição, é o que prevalece no âmbito da União.

Diante destes fatos, chega-se as seguintes indagações: Porque a tipificação do federalismo como cooperado não é viável para a caracterização da política de saúde? E de que forma há o descomprometimento e a retirada de receitas desta política?

Com relação a estas questões, o objetivo geral é analisar os tributos que financiam a Seguridade Social, e consequentemente a Política de Saúde, assim como os mecanismos utilizados para a retirada de receitas em prol de uma política de cunho neoliberal. Como objetivos específicos entrariam analisar fatores que interferem na concretização dos direitos sociais, seja na participação efetiva das subnacionais como no processo de execução da Política de Saúde; e analisar as políticas de cunho neoliberal, instauradas pós Constituição Federal de 1988 que limitam gastos em políticas sociais.

Partindo da hipótese de que: Questões inerentes a promoção da Política de Saúde, do financiamento, da democratização e participação, tanto das subnacionais quanto da própria população, estão em constantes desconstruções, a partir da priorização da política econômica e do incentivo as relações de mercado privado.

Procedimentos Metodológicos

Os procedimentos metodológicos utilizados combinaram uma análise qualitativa e quantitativa, visto que o objeto de estudo necessitou de análises teóricas, sociais e de dados. A

análise qualitativa foi realizada a partir de procedimentos teóricos de revisão bibliográfica, cujos autores pesquisados norteiam: o financiamento da seguridade social e da política de saúde; o federalismo no Brasil; as políticas sociais; a política de saúde; os processos históricos de proteção social e de centralização dos recursos advindos dos tributos; e as próprias legislações que estão relacionadas ao objeto de estudo.

A análise quantitativa se deu a partir de pesquisas realizadas nos sítios eletrônicos da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), nos dados do Tribunal de Contas da União (TCU), na Receita Federal (RF), na Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (ANFIP), e no Sistema de Informações sobre os Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Analisando a abordagem quantitativa e qualitativa a partir de uma análise marxista sobre os fatores do capital interferindo na execução das políticas sociais frente a uma ideologia de mercado favorecedor da política macroeconômica.

O primeiro capítulo descreve os sistemas de proteção social no decorrer do processo histórico, inclusive, há citações de como se deu o processo de implementação em países que o incorporou de maneira universal, e de outros que o incorporaram de maneira mercantil. Neste primeiro capítulo também descreve o processo do sistema de proteção social no Brasil e o início da política de seguridade social e a da própria política de saúde, descrevendo os fatores que colaboraram para a implementação da política, assim como fatores que foram empecilhos para a busca da democratização e universalização.

No capítulo dois, há o relato de como foi implementado o federalismo no Brasil, assim como conceitos e tipologias, a estrutura que o desenha, o processo histórico e os fatores que o modificam de acordo com as particularidades de cada estado nação. No Brasil o processo centralizador, fruto de uma tradição patrimonialista, e a dificuldade no processo de descentralização, apesar da Carta Magna impor questões de descentralização nos processos decisórios e de execução das políticas.

O capítulo três há revisão literária e os dados sobre a arrecadação tributária de cada ente federado, os tributos centralizados em âmbito federal, os processos de repasses realizados às subnacionais, as desonerações e renúncias tributárias que interferem no Orçamento da Seguridade Social, os sistemas de Desvinculações de Recursos da União, e as leis que diminuíram o Orçamento da Seguridade Social, limitando os gastos em políticas sociais, e os transferindo para o Orçamento Fiscal, buscando o pagamento da dívida pública e o pagamento dos juros da dívida pública.

Capítulo I. Proteção Social e a Seguridade Social: Avanços e Obstáculos

1. 1 O sistema de proteção social, as políticas sociais e a seguridade social

O início do sistema de proteção social, começa com as famílias e algumas civilizações exercem mais que as outras algumas formas de proteção. A concepção dessa organização se deu a partir do termo "justiça social".

Na qualidade de mecanismo de redistribuição de renda em favor dos doentes, inválidos, de famílias com filhos dependentes, dos desempregados e dos pobres, a proteção social é inegavelmente um fator de justiça social e nesse sentido é também um fator de paz, conforme a colocação do preâmbulo da Constituição da Organização Internacional do Trabalho (OIT). (EUZÉBY, 2004, p. 14).

Segundo Silva (2011), este sistema de proteção social irá se constituir a partir da perspectiva do trabalho, sendo este contraditório, pois ao mesmo tempo favorece o capital em prol dos direitos sociais, como descrito neste trecho:

As políticas sociais [...] possuem caráter contraditório e atendem a interesses dos trabalhadores, assegurando-lhes ganhos diretos (salários melhores) e indiretos (benefícios e serviços complementares). Ademais, ao mesmo tempo em que limitam os ganhos dos capitalistas, as políticas lhes beneficiam, reduzindo o custo da reprodução da força de trabalho, reproduzindo as relações de produção e favorecendo a acumulação do capital. (SILVA. 2011, p. 68)

A proteção social não foi vista como algo que afligisse a propriedade privada e a exploração do trabalho a partir dela. Foi vista como objeto fundamental para a continuação da manutenção do capital, visto que as relações de acumulação de capital com sua ideologia não emancipatória, não era colocada como questão que interferisse em alguns infortúnios que seriam objeto da proteção social. Tornando esta proteção como um bem-estar no âmbito do sistema capitalista.

O Estado teria um papel fundamental no processo do acúmulo capitalista ao mesmo tempo em que defenderia alguns direitos dos trabalhadores. No capitalismo o papel do estado é colocado como de "Estado Mínimo", onde o individual prevalece sobre o coletivo. Há vertentes que defendem o bem-estar coletivo onde buscaria a inclusão do social em prol do individual, não iria sobressair os interesses próprios ou egoístas, contudo, essa visão é muito criticada por ser vista como desvantajosa para economia, visto que maximiza e objetiva um maior gasto das despesas públicas. (EUZÉBY, 2004).

As políticas sociais, por sua vez, serão aquelas implementadas pelo Estado para garantia de uma forma de bem-estar no âmbito capitalista. Para se conceituar as políticas sociais, deve-se analisar um conjunto de fatores que o relacionam, explicando as particularidades e analisando elementos que interferem na sua estrutura e organização. Faleiros (1986, p. 8), descreve que:

As políticas sociais ora são vistas como mecanismos da manutenção da força de trabalho, ora como conquistas dos trabalhadores, ora como arranjos do bloco no poder ou bloco governante, ora como instrumento de garantia do aumento de riqueza ou dos direitos do cidadão. Toda essa diversidade de pontos de vista torna difícil abordar o tema em questão, já que as políticas sociais não podem ser reduzidas a um único esquema. Ao contrário, adotar todas as explicações ao mesmo tempo seria misturar receitas sem avaliar resultados.

Tem que levar em conta, todas as variáveis de determinada política, como, os atores do processo, qual interesse por detrás, qual a relação benefício, se é construído visando à universalidade, quais os princípios envolvidos, dentre outros que interferem na forma como se dará a política. Com o advento da contribuição marxista a análise de políticas sociais deve levar em consideração os conflitos existentes entre Estado e Sociedade, o processo de luta de classes e a múltipla causalidade, a realidade deve ser subscrita na totalidade concreta do contexto capitalista. (BEHRING; BOSCHETTI, 2010).

A análise das políticas sociais sob o enfoque dialético precisa considerar alguns elementos essenciais para explicar seu surgimento e desenvolvimento. O primeiro é a natureza do capitalismo, seu grau de desenvolvimento e as estratégias de acumulação prevalentes. O segundo é o papel do Estado na regulamentação e implementação de políticas sociais, e o terceiro é o papel das classes sociais. Nesta direção não se pode explicar a gênese e desenvolvimento das políticas sociais sem compreender sua articulação com a política econômica e a luta de classes. (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p. 44).

A seguridade social no capitalismo é visto como um fator de um conjunto de proteções sociais, ou conjunto de políticas sociais contra vários tipos de infortúnios, como doença, velhice e acidentes, será perpetuado inicialmente, como direito exclusivo dos trabalhadores assalariados.

A seguridade social vai ser vista como uma nova forma de proteção social, como evidenciada por Salvador (2008, p. 57):

a proteção contra os riscos aos quais os indivíduos estão submetidos independente de sua vontade é uma forma de garantir a justiça social sem ameaçar a propriedade privada [...]

A ideia contemporânea de seguridade social se desenvolveu gradualmente a partir da sanção do *Social Security Act* pelo presidente norte-americano Franklin Roosevelt, em 1935, mas só a partir do Informe Beveridge, em 1942, ocorreu uma ampliação e adoção em diversos países a favor da universalização da seguridade social.

A seguridade social universal surgiu em contexto de crise nos Estados Unidos, onde o Estado interveio para garantir a população algum tipo de proteção no grau de necessidade da sociedade. Também após a Segunda Guerra Mundial a seguridade social terá um papel fundamental para a amenização dos impactos da guerra. A pobreza e a miséria que se alastravam e eram vistas como injustiças sociais que necessitaram de intervenções estatais de maneira universal.

Um dos pioneiros na introdução de políticas sociais no âmbito da proteção social foram Beveridge na Inglaterra e Bismark na Alemanha. Beveridge tinha como característica a busca pela universalização, uma rede de segurança social e a responsabilização do Estado no sistema de proteção social da sociedade. Ampliou também vários tipos de seguro social, como auxílio desemprego e acidente de trabalho. (BEHRING, BOSCHETTI, 2010). O Plano Beveridge evidenciava também um caráter culpabilizador do indivíduo, em que apesar de ser um seguro social que buscou amenizar a miséria e a pobreza, ainda intervinha com ações de caráter moralizantes simbolizando o pobre como preguiçoso, vagabundo, dentre outras nomenclaturas que estigmatiza e discrimina os indivíduos. (SALVADOR, 2008).

A proteção social instaurada por Otton Bismark na Alemanha, não foi realizada a partir de uma simplória vontade estatal de proteger desempregados, doentes e indivíduos com idade avançada, houve uma forte mobilização social com forte repressão estatal. A conquista do seguro saúde obrigatório, se deu no ano de 1883 para algumas categorias profissionais com características de seguro privado em que tanto empregados como empregadores contribuía, e havia também práticas isoladas de assistência social para com os pobres.

Com a crise do sistema capitalista no ano de 1929, políticas liberais foram aplicadas, uma delas foi o keynesianismo que defendia a intervenção estatal na economia buscando uma mudança na estrutura política, econômica e institucional, contudo, ao mesmo tempo defendia a propriedade privada e a economia de mercado (BEHRING; BOSCHETTI, 2010). "Keynes é

absolutamente sintonizado com seu tempo, perseguindo portas de saída capitalistas para a crise do próprio capitalismo". (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p.84).

Outra teoria a influenciar o bem-estar-social foi o fordismo que organizou uma nova forma de processo de trabalho a partir de uma gerência trabalhista de produção e consumo em massa, desta forma, regulou as relações sociais para um mais abundante acúmulo capitalista, introduzindo as linhas de montagem, o uso da eletricidade, e fatores que favorecessem a produção, abrangendo também o consumo e o modo de vida dos trabalhadores.

Os países mais desenvolvidos que implantaram o Estado Social na lógica do *Welfare State*¹ o fizeram, ainda que nos marcos do capitalismo, o realizaram sob o ideário da justiça social. Porém, nem todos os países desenvolvidos que aderiram o bem-estar social implementaram as ações de maneira universal, muitos ainda continuariam na perspectiva do mercado e do clientelismo, outros países aderiram com peso políticas fundamentais com a questão de justiça social, implementando juntamente com a seguridade social, as políticas de saúde e de educação.

As políticas sociais buscam o bem-estar no âmbito do capitalismo, negar essa política significa restringir direitos que refletem maior impacto nas camadas mais empobrecidas da sociedade. (BEHRING; BOSCHETTI, 2010). Quando se fala em capitalismo, logo se pensa na sua fase original que é a Revolução Industrial, do seu processo de passagem concorrencial para o monopolista. Muitas políticas sociais neste período sugerem a intenção de punição ou de manutenção da ordem social, a filantropia e caridade também entram neste contexto, as expressões do fator capital e trabalho iriam definir o que o serviço social caracteriza como Questão Social, ou seja, as consequências da dominação e exploração no contexto do capitalismo, relacionando com a questão de conflito entre capital e trabalho, estado e sociedade e a múltipla causalidade que envolve a acumulação capitalista.

Houve conquistas trabalhistas no decorrer da história mundial, por meio de movimentos sindicais, como a redução da jornada de trabalho. Contudo, a lógica liberal, a partir dos anos de 1980, defendia a manutenção do Estado mínimo e consideravam gastos sociais como desperdícios, o *Welfare State* introduzido nos países desenvolvidos provocaria mudanças com a ampliação dos serviços sociais e maior participação estatal. (BEHRING; BOSCHETTI, 2010).

¹ Para Behring e Boschetti (2010) o *Welfare State*, surgiu com a prática do seguro social com a intervenção estatal, reconhecendo que o não trabalho a partir da incapacidade, como idade avançada, doença e desemprego, deveriam ter algum tipo de proteção. As reivindicações dos trabalhadores foi um fator que contribuiu para esta lógica de seguro.

No Brasil a transição da inclusão de políticas sociais foi algo contraditório, visto que a dinâmica se daria a partir de relações com o mercado brasileiro e a história brasileira arraigada com fatores excludentes, como o escravismo, a dificuldade de mudança no processo de trabalho, desenvolvimento desigual das esferas territoriais, a cultura, a repressão militar, a manutenção do poder político, o clientelismo, dentre outros fatores que contribuíram para uma má adesão e implementação de políticas sociais.

Houve, uma morosidade de introdução de direitos, a promulgação da Constituição Federal de 1988, foi uma conquista da sociedade a partir de movimentos sociais, para que houvesse inclusão e universalização de direitos. A Constituição Federal de 1988, por sua vez, introduziu o princípio da supremacia do interesse público para a ação estatal, contudo outros fatores de peso também interfeririam nesta ação, como a política econômica, que tem influenciado uma gama de decisões, muitas vezes burlando o interesse público e beneficiando interesses particulares. Pode-se então inferir que as políticas sociais, uma espécie dentro do conjunto de políticas públicas, possuem uma característica que envolve várias matérias dentro de uma mesma perspectiva, introduzindo vários ramos de ciência, como o da economia, da sociologia, do serviço social, da estatística, dentre outros. (PEREIRA, 2008).

1.2 Breve contextualização histórica da política social no Brasil

A Constituição de 1891, período do início da República Brasileira, assim como a instituição de um federalismo, outorgou aos estados o dever de implementação da saúde como proteção social, algo que não teve nem efetividade e nem eficácia, pois não houve uma implementação concreta. (BRASIL, 2007). Anteriormente à década de 1923, só havia assistência médica de caráter filantrópico ou de mercado, com isso começou a desenvolver movimentos operários para a ampliação da saúde, e uma das pautas era a higiene e a saúde do trabalhador. (BRAVO, 2001).

Com a Lei Eloy Chaves de 1923, que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's), não somente a questões de previdência social, mas também da introdução de assistência médica aos trabalhadores que se enquadravam na lei, pode ser considerada como uma das primeiras medidas concretas de proteção social, contudo ainda obtinha características excludentes, como não incluir os trabalhadores informais e não se estender as zonas rurais. As CAPs tinham um caráter bipartite para os seus fundos, em que empregados e empregadores eram os financiadores, excluindo a participação governamental.

Em 1933 foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que categorizariam os cadastrados por grupo profissional, também ampliaria a proteção social aos segurados com a aposentadoria, pensão por morte, socorro farmacêutico com regras definidas, e assistência médica e hospitalar. Os IAPs tinham um caráter tripartite, formado por empregadores, empregados e pela participação governamental, sendo este o principal responsável pelo fundo. (BRASIL, 2007).

Embora isso representasse considerável avanço, a política desenvolvida por Getúlio era populista e centralizadora. Atribuía muito poder ao Estado, que tentava cooptar os trabalhadores e impor a estes uma cidadania regulada. Os direitos relativos a empregos, salários e benefícios sociais, por exemplo, eram destinados apenas àqueles cuja ocupação era reconhecida e legitimada pelo Estado. Eram direitos tidos como concessões do Estado (SILVA, 1997, p. 36).

No governo Vargas obteve período de conquistas trabalhistas a algumas categorias profissionais, principalmente a aqueles inscritos nos sindicatos trabalhistas com vínculo ao Ministério do Trabalho e com carteira assinada.

Na década de 1960, a saúde pública colocou como um dos focos de intervenção criar condições sanitárias mínimas à sociedade, contudo, concepções voltadas a práticas liberais de compra e venda de serviços predominou nesta década, não havendo introdução de ampliação da saúde as camadas excluídas do fator trabalho, mas sim uma forte vinculação à mercantilização da saúde ou a práticas filantrópicas, sem nenhuma perspectiva de direito aos informais e rurais. (BRAVO, 2001).

A criação do INPS em 1966 impulsionou a expansão do setor privado na área de saúde, mediante a contratação de terceiros pelo poder estatal. Além disso, o Governo, através do Fundo de Assistência Social da Caixa Econômica Federal, financiou a construção de clínicas e hospitais, particulares, grande parte propriedade de dirigentes e assessores do INAMPS e outros órgãos da Previdência. (SILVA, 1997, p. 47).

Muitos movimentos sociais defendiam a saúde como direito que deveria ter uma estrutura mais condizente com a realidade social e não somente com a relação de mercado. Na 3ª Conferência Nacional de Saúde uma das principais pautas foi a discussão sobre a distribuição de responsabilidades entre os entes federativos. Os IAPs em 1966 foram sendo concentrados no âmbito do Instituto Nacional de Previdência Social, onde as categorias profissionais anteriormente fragmentadas foram aglomeradas.

Na Ditadura militar não havia a questão da democratização e sim do acúmulo de capital, período em que houve grande crescimento econômico no Brasil. (SILVA, 1997). Havia uma forte autocracia que centralizava os recursos. Houve também uma expansão dos investimentos na área da saúde com um maior orçamento e aumento do número de leitos, contudo, a problemática da saúde era o público investindo no privado; e ainda sendo um sistema destinado somente aos trabalhadores associados e a seus dependentes, excluindo uma gama da população; parte do orçamento também se tornaria alvo de corrupções pelos repasses de receitas realizados; e também haveria investimento em hospitais privados que foram financiados com o dinheiro público da Previdência Social.

Tinha-se, na prática, um verdadeiro caos institucional no setor. As ações preventivas eram realizadas pelo complexo Ministério da Saúde/ Secretarias Estaduais da Saúde, que também dispunham de serviços assistenciais de baixa complexidade, destinados, basicamente aos segmentos populacionais marginalizados social e economicamente. (ALVIM, 1999, p. 51)

A obrigação de contribuição a partir do assalariamento consolidaria a via de seguro com perspectiva mercantil. As políticas sociais da época não apresentavam planejamentos destinados à inclusão social, eram efetivadas com grandes distorções. Não eram expandidas para a população, sendo esta cada vez mais empobrecida e estigmatizada pela forma como os serviços eram oferecidos.

No decorrer da década de 70 o modelo apresentou vários problemas, sobretudo de exclusão de parcelas expressivas da população, dada as desigualdades de acesso qualitativo e quantitativo entre as diferentes clientela urbanas e rurais. Esses problemas, acrescidos de outros característicos do regime ditatorial e do modelo econômico vigente, e as pressões dos setores populares que começaram a surgir a partir da defesa de uma reforma sanitária no país (SILVA, 1997, p. 47).

Desta forma, em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), tendo como obrigações a assistência médica e farmacêutica. Os movimentos sociais foram fundamentais, pois avançaram cada vez mais a insatisfação com o modelo vigente, até mesmo por conta da crise que se evidenciou no final da década de 1970. O movimento sanitarista foi um dos movimentos sociais com grande repercussão popular que tiveram suas exigências estabelecidas na Constituição Federal de 1988.

1.3 A importância do Movimento Sanitarista para garantia da saúde como direito

O movimento sanitário² englobou diversas categorias profissionais na sua organização, a especialidade médica teve um papel fundamental para a questão da universalização. Havia a preocupação em articular a produção acadêmica com a prática política para ampliar a ação de democratização da saúde no Brasil. Bravo (2001, p. 8) também caracteriza o apoio de centro de estudos, "o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da saúde e da democracia".

O foco não seria a saúde individual, mas a saúde coletiva. Havia: "um confronto teórico com o movimento preventivista liberal de matriz americana e com sua versão racionalizadora proposta pela burocracia estatal". (BRASIL, 2007, p. 27).

Na realização do 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal em 1979, foi colocado em pauta a discussão sobre democratizar a saúde, visando nesta nova estrutura ampliar a responsabilização do Estado e promover um novo padrão civilizatório à população, modificando completamente a cultura política e as relações entre Estado e sociedade. (FLEURY, 2009).

A luta da saúde nos anos de 1970 foi vivenciada em períodos de crescimento da taxa inflacionária e de recessão econômica, que obrigaram o Estado a agir de forma a modificar a estrutura da saúde no Brasil, contudo, estas privilegiavam e favoreciam o setor privado e as atividades corporativas.

Na pauta do movimento obtinha questões de "luta pelo saneamento, água, luz e postos de saúde; a luta pelo fortalecimento do setor público e a promoção da saúde". (SANTOS, 2013, p.236). Em 1980, a VII Conferência Nacional de Saúde tinha em sua agenda a discussão sobre a expansão da cobertura, a questão da regionalização do atendimento e a participação da comunidade.

A situação econômica no Brasil agravou-se na época de elaboração da constituinte, pois houve o aprofundamento da inflação e precisou novamente recorrer ao Fundo Monetário Internacional. Diante desse quadro econômico, o movimento sindical começa a vivenciar algumas alterações com a diminuição das greves e das taxas de sindicalizados no país. Os movimentos

² O Serviço Social não foi uma categoria profissional muito ligada aos movimentos sociais, como o sanitário, na década de 1970, cabe lembrar que foi uma época de luta desta categoria profissional para romper com o caráter filantrópico ligado à igreja, na Ditadura Militar tinha características de profissional do desenvolvimento, muito ligado a práticas institucionais e não a um movimento crítico, como os advindos na década de 1980, incorporando conhecimentos relacionados com o processo de luta de classes.

sociais apresentaram tendências de refluxo, caracterizado por uma conjuntura adversa à mobilização. (SANTOS, 2013, p. 236).

Algumas ações da mobilização sanitária ainda perpetuariam a introdução de exigências democráticas para a saúde, independente do contexto econômico que percorria no Brasil, como a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e as Ações Integradas de Saúde (AIS), as pautas eram "a saúde como direito de cidadania; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e o financiamento setorial". (SANTOS, 2013, p.236). A AIS ainda caracterizou como um fator peculiar ao desenvolvimento da política de saúde a questão da racionalização do gasto com a participação da União, estados e municípios. Houve a participação da sociedade na conferência como os: "moradores, sindicatos, partidos políticos, associações profissionais, parlamento". (BRAVO, 2001, p. 9).

Uma das primeiras ações realizadas pelo Estado em resposta às mobilizações foi instituir o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), no ano anterior a promulgação da Constituição de 1988. Tinha como característica aprofundar as ações da AIS, e ainda fortalecer a municipalização na execução das ações e serviços de saúde.

O movimento sanitário ficou ainda mais forte e pressionador do Estado na década de 1980, buscando assim a defesa do serviço público, a universalização do acesso, a descentralização³ do sistema de saúde. O que foi fundamental na promulgação da Constituição federal de 1988, que promoveu a saúde em um espaço integrado com a assistência social e a previdência social, contudo, ainda necessitaria de regulamentações posteriores, como o que ocorreu com a Lei 8080 de 1990 que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), com várias reivindicações postas como direito do cidadão e dever do Estado para com a sociedade.

1.4 A Saúde na Constituição Federal de 1988 e no Sistema Único de Saúde (SUS)

Instituir a Seguridade Social na Constituição de 1988 foi visto como um marco na sociedade brasileira com busca da superação do caráter meritocrático e clientelista. A superação deste caráter patrimonialista ainda foi desenvolvida tardiamente, se comparado com os países desenvolvidos. (MARQUES; MENDES, 2009).

A saúde na Constituição federal de 1988, expressado no artigo 196, é colocada como: "direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que

³ A descentralização segundo Cavalcante (2011, p. 1784) envolve, "não apenas transferência de poder, autoridade e responsabilidade entre os níveis e esferas de governo, mas também a repartição de autoridade e recursos na modelagem das políticas públicas dentro da sociedade".

visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação."

Na Constituição Federal de 1988, a saúde não foi colocada como um direito social isolado foi instaurado no conjunto da Seguridade Social, que também abrange a Previdência Social e a Assistência Social, sendo somente a previdência social de caráter contributivo. (FLEURY, 2009). Apesar da Assistência Social, Previdência Social e a Saúde terem sido instauradas como direito no âmbito da Seguridade Social conjuntamente, estas possuem trajetórias diferenciadas. A assistência social com características não contributivas tinha a sua prática voltada ao favor aos desfavorecidos, com a prática muito ligada a ideologias positivistas, ou da lógica de funcionário do desenvolvimento. Já a Previdência teria sua prática ligada ao mercado, em que para ter o direito aos benefícios, deveria haver a prévia contribuição. A saúde, por sua vez, foi vista mais como um benefício da previdência social aos contribuintes do que como uma política isolada, relacionando sua prática ou a lógica da previdência, ou do mercado, ou a práticas isoladas de favor aos marginalizados.

Na Constituição de 1988, esse conjunto integrado obedece aos princípios elencados no artigo 194 da Constituição federal, que são:

A universalidade da cobertura e do atendimento; a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; a seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; a irredutibilidade do valor dos benefícios; a equidade na forma de participação no custeio; a diversidade da base de financiamento; o caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

Outra inovação que a Carta Magna trouxe foi a diversificação do financiamento do orçamento da Seguridade Social, por meio das contribuições sociais. (BRASIL, Constituição Federal, art. 195, 1988):

do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; b) a receita ou o faturamento; c) o lucro; do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201; sobre a receita de concursos de

prognósticos; do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar. (CF, art. 195).

Para o financiamento da Seguridade Social também teria recursos advindos de todas as esferas federadas, União, estados, DF e municípios, apesar de não estar regulamentado de que fonte que seria repassado à participação das subnacionais. O orçamento da Seguridade Social seria separado do orçamento da União, e ainda outras contribuições foram incorporadas ao financiamento, como a COFINS e CSLL. (MARQUES e MENDES, 2009). A COFINS um tributo que incide sobre o faturamento empresarial para o financiamento da seguridade social, criado em 1982 possuía a nomenclatura de Finsocial, contudo, com a Lei Complementar nº 70 de 1991 foi convertido em COFINS. O CSLL foi criado visando o financiamento da seguridade social, foi instituída logo após a promulgação da Constituição de 1988 e incide sobre o lucro líquido das empresas. (AFONSO; CASTRO; SOARES, 2013).

A Constituição também inclui algo fundamental para o planejamento dos gastos em políticas sociais, que seria a instituição do Plano Plurianual (PPA), que define as metas mensuráveis a ser executada pela administração pública no período de quatro anos, a instituição da Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) que buscaria regulamentar como seria os gastos das finanças públicas no Brasil e disciplinar como a Lei Orçamentária Anual (LOA) deve ser elaborada especificando as prioridades que devam ser atingidas. (SALVADOR, 2008).

A Constituição ainda englobaria princípios, que a primeira vista até aparenta contraditória, mas alguns deles buscam a equidade em algumas formas de tratamento, como: "princípios e diretrizes, associando, ao mesmo tempo, universalidade e seletividade, centralização e descentralização, distributividade e redistributividade, gratuidade e contributividade." (SALVADOR, 2008, p. 144)

A Lei 8080 de 1990 promove a saúde como dever do Estado tanto na formulação, quanto na execução de políticas sociais que reduzam o risco de doenças e outros agravos, buscando assim excepcionalmente um caráter universal e igualitário na prestação de serviços. O artigo 3º ainda evidencia que a saúde inclui como condicionantes e determinantes: "a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais." (BRASIL, Lei 8080 de 1990).

A Lei também institui deveres a União com a regulamentação das normas gerais, a coordenação e avaliação nacionalmente do sistema de saúde. Aos estados caberia coordenar, acompanhar e avaliar como se daria a implementação dos serviços pelos municípios, e se

necessário dar a estes, apoio técnico. E aos municípios caberia a execução das ações e serviços de saúde. Sendo que todas as esferas, seja federal, estadual, municipal e distrital devem alocar o mínimo de recursos para a execução e implementação da saúde, além de também participarem conjuntamente das políticas das ações a serem implementadas.

A Lei 8080 de 1990 também prevê a forma como se dará a transferência de receitas a estados, DF e municípios no artigo 35:

I– perfil demográfico da região; II– perfil epidemiológico da população a ser coberta; III– características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV – desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior; V– níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI– previsão do plano quinquenal de investimento da rede; VII– ressarcimento do atendimento de serviços prestados a outras esferas de governo;

Para que os recursos fossem repassados, a proporção do número de habitantes a partir das regras da Lei 8080/1990, é um critério, sendo que 50% dos valores a serem repassados devem obedecer ao coeficiente populacional. Seguindo as estimativas populacionais descritas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), contudo há uma dificuldade na implementação desta regulamentação. (PIOLA et al., 2013).

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído com a Lei 8080 de 1990, foi efetivado para concretizar a saúde como garantia de conquista da população de forma universal e igualitária entre as esferas federativas, visando a amenização das desigualdades sociais. Reconhecendo os direitos de: participação e controle democrático por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde; o mecanismo de gestão compartilhada por meio da descentralização; a descentralização às subnacionais; a autonomia de gestão de políticas e ações que levem em conta as particularidades regionais.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88), ao separar a Ordem Social da Ordem Econômica, assumiu a primazia dos direitos sociais na estruturação das relações entre o Estado, o mercado e os indivíduos. Os direitos foram retirados da restrita esfera trabalhista e remetidos aos princípios da justiça social, que fundamentam a universalização da cidadania. (FLEURY, 2009, p. 21).

Há algumas críticas sobre a implementação da política de saúde brasileira pós Constituição de 1988, como não ter espaços efetivos de participação da sociedade na construção de políticas, a fragmentação da saúde pública em prol da corporativização e

incentivo à saúde privada, e a falta de financiamento público necessário para a manutenção e qualificação do sistema. (FLEURY, 2009).

1.5 A desconstrução neoliberal dos direitos sociais

O fator trabalho no neoliberalismo⁴ é a questão central das práticas de acumulação de capital. Países periféricos, como o Brasil, seriam os que mais se submeteriam a exploração do trabalho, com baixo custo da venda da força de trabalho e da precarização das relações e ambiente de trabalho. (SALVADOR, 2008). Algo que se tornaria corriqueiro e culturalmente absoldido pela sociedade. Salvador (2008, p. 144) destaca a interferência do capital internacional onde "o jogo global é comandado pela decisão das empresas transnacionais que têm suas sedes nos países centrais do capitalismo, cabendo aos países periféricos um papel secundário e dependente dos empréstimos internacionais".

A proteção social de caráter universal e integral é visto pela ótica neoliberal como gastos que demandam alto custo que prejudicaria a ideologia burguesa. O Plano de Bresser da reforma do Estado, que ocasionou a contrarreforma⁵ da Constituição, possuiu eixos para uma perspectiva gerencialista, a fim de colocar na administração pública estratégias com ideologias de mercado, em que a crise fiscal deva ser objeto de intervenção estatal. (BEHRING, 2003). Questões de privatização; colocação do trabalhador como consumidor ao mesmo tempo em que é produtor; e a flexibilização do trabalho, acaba sendo uma manobra para a não garantia dos direitos por parte do Estado. (SALVADOR, 2008).

Bresser propõe um pacto de modernização em torno da proposta, que se inicia com a liberação comercial, as privatizações e o programa de estabilização monetária (Plano Real) e prossegue com a reforma da administração pública: a chamada reforma gerencial do Estado. (BEHRING, 2003, p. 176)

A regressão de direitos é evidente, aumentam várias desigualdades em diferentes âmbitos, como pelos direitos civis, políticos ou sociais. Transformando ajustes estruturais em direitos, em que o Estado seja sensibilizado para ideologia neoliberal e hostil para a

⁴ O neoliberalismo é visto como a introdução de políticas vinculadas a teorias econômicas pelo Estado, que também relaciona fatores de protecionismo e intervenção, contudo as medidas tomadas pela perspectiva neoliberal privilegia mais a concepção de gasto com o mercado do que com gastos sociais.

⁵ Conforme Behring (2003), a contrarreforma contextualizará um procedimento de modernização conservadora, em que o ajuste fiscal compromete o sistema de proteção social, e rompe com conquistas de democratização e cidadania.

manutenção da ordem social, naturalizando cada vez mais as desigualdades inerentes deste conflito. (IAMAMOTO, 2004).

A ideologia paternalista e clientelista de refilantropização social torna-se o foco da descaracterização das conquistas sociais, transmitindo a obrigação do Estado como o garantidor de direitos expressos na carta cidadã para a execução da iniciativa privada. Rompendo com a perspectiva universal e com o controle democrático⁶. (IAMAMOTO, 2004).

O resultado tem sido uma ampla radicalização da concentração de renda, da propriedade e do poder, na contrapartida de um violento empobrecimento da população; uma ampliação brutal do desemprego e do subemprego; o desmonte dos direitos conquistados e das políticas sociais universais, impondo um sacrifício forçado a toda a sociedade. À reestruturação da produção e dos mercados -apoiada mais em métodos de consumo intensivo da força de trabalho do que em inovações científicas e tecnológicas de última geração- somam-se mudanças regressivas na relação entre o Estado e sociedade quando a referência é a vida de todos e os direitos conquistados pelas grandes maiorias. (IAMAMOTO, 2004, p. 4).

Desta forma, a luta por direitos em um espaço propício a desigualdade sociais, e a manutenção e a reprodução da ótica neoliberal, acaba sendo visto como um grande obstáculo para a concretude das conquistas populares, onde a questão do consumo e a busca financeira é o que possui o controle sobre a busca da igualdade por princípios equitativos, e a universalização do bem-estar social.

Os componentes dessa cultura da crise, propagados pelas classes dominantes, são o pensamento privatista e a criação do cidadão-consumidor, assegurando a adesão às transformações no mundo do trabalho e dos mercados de bens e serviços. (SALVADOR, 2008, p. 146).

A luta de classes instaurada desfavoreceu as classes mais subalternizadas nos quesitos do sistema tributário, sendo estes "os maiores responsáveis pelo financiamento do Estado brasileiro, arcando com o ônus de mais de 2/3 das receitas arrecadadas pela União, estados, Distrito Federal e municípios". (SALVADOR, 2009, p. 47-48).

Apesar da Constituição Federal promover princípios próprios para a proteção do cidadão eles não são configurados de forma devida, como especificado por Salvador (2009, p. 52) a proteção social inclui: "a isonomia, a universalidade, a capacidade contributiva, a

⁶ Utiliza-se a expressão "controle democrático" para caracterizar a sociedade fiscalizando e controlando as ações do Estado, ao invés de controle social que dá a entender um caráter vinculado a concepções, até mesmo advindas da Ditadura Militar, onde o estado é quem controla a sociedade.

essencialidade; e a tributação que deve ser preferencialmente direta, de caráter pessoal e progressiva".

O fundo público apresenta contradições, pois "ocupa papel relevante na articulação das políticas sociais e na sua relação com a reprodução do capital. A presença dos fundos públicos na reprodução da força de trabalho e gastos sociais é uma questão estrutural do capitalismo." (SALVADOR, 2008, p. 64).

Ao mesmo tempo em que o fundo público aumenta o gasto em políticas sociais, principalmente àquelas relacionadas com algum tipo de proteção social, estas ainda são relacionadas com a manutenção do sistema capitalista, visto que, ampliar os direitos sociais também significaria ampliar a produção e o consumo.

As questões de participação da sociedade, universalização e democratização da saúde, fruto das conquistas populares, pós constituinte de 1988, foram gradualmente corrompidas pela política macroeconômica, descaracterizando não só os princípios do SUS como os da própria carta cidadã. Alguns programas realizados pelo Estado possui características do período da Ditadura Militar, englobando objetivos de caráter privatizante e favorecedor do âmbito privado na execução das políticas de saúde.

O projeto do grande capital aponta a saúde não como direito universal, mas como um serviço que pode ser comprado no âmbito do privado. A saúde torna-se mercadoria, vista como fonte de lucro e acumulação de capital. Nesse sentido, vivencia-se um processo de privatização do SUS com os chamados novos modelos de gestão, que fortalecem a autonomia do mercado com abertura à iniciativa privada para os serviços de saúde. Isto é, vivencia-se a privatização da saúde pública no Brasil. (SANTOS, 2013, p. 238).

O Estado também teria como papel aderir uma postura em sua estrutura político-administrativa, de forma a conservar a produção e o consumo em massa, demonstrando o interesse de assumir o compromisso com a lógica neoliberal, por meio das políticas fiscais e monetárias.

O Plano de Reforma do Estado, de 1995, do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), veio para aderir essa ideologia de rompimento com os princípios da carta cidadã, mudando o foco de dever estatal para com a população, em que o Estado seja reduzido a um mero financiador e coordenador de políticas sociais, objetivando a prática da execução à iniciativa privada. (REZENDE, 2008). Este plano possui características de: "flexibilização das relações de trabalho, as privatizações e as relações com o capital estrangeiro, as condições da seguridade social, particularmente as perdas e as restrições dos direitos sociais".

(SALVADOR, 2008, p. 148). A contrarreforma do sistema tributário também foi intensificada no governo FHC desonerando cada vez mais empresas e grandes corporações e onerando cada vez mais a população com consequências drasticamente maiores as classes mais subalternizadas da sociedade:

As modificações ocorreram nas leis ordinárias e nos regulamentos tributários que transferiram para a renda do trabalho e para população mais pobre o ônus tributário, alterando o perfil da arrecadação [...], observa que as mudanças foram no sentido de viabilizar o processo de mundialização do capital financeiro, sob a batuta do FMI e facilitando o livre fluxo de recursos financeiros, e, com isso, permitir a realização de sucessivos superávits primários de forma a cumprir o ajuste fiscal acertado com o organismo multilateral. (SALVADOR, 2008, p. 171)

As questões de competitividade cada vez mais acirrada entre os organismos internacionais e nacionais acabam fragilizando o sistema de proteção social. Uma das consequências é a aceleração da produção criando postos de trabalho precários, com o aumento tecnológico cria desempregos e aumenta a informalidade, a violência, dentre outros fatores próprios do sistema capitalista. (EUZÉBY, 2004).

Os tributos no Brasil podem ser diretos ou indiretos. Os tributos diretos são aqueles que recaem sobre a renda e o patrimônio, e os tributos indiretos recaem sobre bens e serviços. No Brasil, os tributos com maior peso na carga tributária são os indiretos, estes ocasionam desigualdades sociais, pois indivíduos das classes menos favorecidas economicamente irão contribuir com os mesmos valores dos indivíduos das classes mais favorecidas economicamente, intensificando a concentração de renda. (SALVADOR, 2008).

O Plano de Reforma do Estado do governo FHC contextualizaria quatro setores estratégicos: o Estado seria o fazedor de leis, com o intuito da obrigatoriedade e respeito às regulamentações; seria também o fiscalizador da implementação das políticas; seria estabelecido a questão da livre concorrência entre a iniciativa do mercado privado; e a transferência de atividades públicas para o âmbito privado, como por exemplo: empresas públicas e empresas paraestatais. (REZENDE, 2008). "As principais propostas de mudanças da Constituição recaíram sobre o Capítulo da Administração Pública; das Políticas Sociais, principalmente, sobre a Seguridade Social (Previdência, Saúde e Assistência Social)". (REZENDE, 2008, p. 26).

Um exemplo do repasse de ações a serem executadas em âmbito privado, seriam as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, também conhecida por Organizações

Sociais (OSs), realizarem serviços relacionados à saúde, tendo isenções fiscais e repasse de recursos para seu funcionamento. Essas organizações não possuem a participação popular, a universalização da cobertura, a integralidade da saúde e nem mesmo o controle democrático. (REZENDE, 2008).

O neoliberalismo no início da década de 1990 foi um grande obstáculo para que regulamentações de políticas sociais fossem efetivadas e instauradas de forma associada ao que foi expresso na carta cidadã e nas conquistas populares, pois houve investidas de caráter conservadora para que estas não fossem implementadas visando a democratização e a cidadania.

A lei que regulamentava o Plano de Organização e Custeio da Seguridade Social foi aprovada e introduziu algumas distorções na base financeira da Seguridade Social, pois ao invés de ampliar o comprometimento fiscal da União com o financiamento da Seguridade, a lei abocanhou recursos da Seguridade Social para financiar encargos típicos do orçamento fiscal, como a utilização de recursos provenientes da contribuição sobre o lucro para pagamentos dos Encargos Previdenciários da União (EPU). (CASTRO, 2009, p. 31).

Desde a promulgação da Constituição federal de 1988 a Seguridade Social não obteve fontes de financiamento que caracterizasse um desenho preciso dos recursos destinados ao fortalecimento conjunto da Previdência Social, da Assistência Social e da Saúde. "A diversidade das fontes de financiamento e a sua vinculação ao orçamento da Seguridade Social precisam ser contextualizados". (SALVADOR, 2009, p. 44). A repartição das receitas do Orçamento da Seguridade Social (OSS) entre Previdência Social, Assistência Social e Saúde, foi um obstáculo para a efetiva execução do financiamento, tendo a Previdência Social prioridade na alocação das receitas. (PIOLA et al., 2013).

O orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) foi drasticamente comprometido e as políticas de previdência, assistência e saúde ficaram altamente fragmentadas político-administrativamente, haveria ainda disputas e conflitos nos âmbitos destas políticas que demonstraria as barreiras que impediriam um melhor aproveitamento conjunto. Somente o orçamento da seguridade social permaneceu unificada. Alguns exemplos de fatores econômicos que influenciaram a política de saúde:

A política social sob forte restrição fiscal e colagem ao ciclo econômico; políticas sociais em processo de constantes reformas (principalmente previdência e assistência; política social sob permanente ataque,

principalmente no que diz respeito aos gastos (geração de superávit); política social financiada de forma regressiva. (CASTRO, 2009, p. 32).

O que foi expresso na Constituição foi a supremacia do interesse público sobre o privado, com isso estabeleceu ao Orçamento da Seguridade Social (OSS) diversas fontes de custeio e o mínimo a ser alocado por cada ente da esfera federada, ou seja, no âmbito federal, estadual, municipal e distrital. Tudo foi realizado para que o interesse público fosse garantido com efetividade e qualidade.

Para garantir as bases legais e financeiras da Seguridade Social foram estabelecidas contribuições específicas, que se caracterizam por sua diversidade e sua vinculação ao Orçamento da Seguridade Social (OSS). Por meio da diversificação das fontes, buscava-se assegurar fontes alternativas à folha de salários, reduzindo os impactos das crises econômicas e aumentando a solidariedade da sociedade com o custeio da proteção social. (FLEURY, 2009, p. 17).

Contudo, os recursos destinados ao Orçamento da Seguridade Social, desde a promulgação da Constituição, estão sendo burlados por outros interesses que não são interesses dito público, muitos tributos arrecadados para este fim estão sendo desviados, até mesmo pela ausência de fonte de custeio regulamentada, deixando o texto Constitucional em aberto para outras interpretações. "Além da não implementação do Orçamento da Seguridade Social nos moldes determinados pela Carta Magna, a seguridade não logrou uma existência formal do ponto de vista administrativo". (SALVADOR, 2008, p. 147).

A Lei 8080 de 1990 determina desenhos de descentralização dos serviços de saúde. Com a ampliação das implementações e ações por parte dos Municípios, cabendo a este gerir e executar os serviços de saúde, assim como também a participar das formulações e planejamento das políticas. Aos estados caberia a colaboração com os municípios tanto financeiramente como com apoio técnico, coordenando a execução das ações e serviços, e também participando da formulação e planejamento das ações. A União, por sua vez, possui a competência de regulamentação das normas gerais, a coordenação e avaliação do sistema nacional de saúde e a cooperação técnica e financeira aos estados, municípios e Distrito Federal. Tendo o DF competências municipais e estaduais. (ALVIM, 1999).

Com a ampliação das ações e serviços municipais, os estados acabaram tendo um papel intermediário de orientação e assessoria técnica, e com o tempo foram perdendo espaço (ALVIM, 1999). Segundo Alvim (1999, p. 54), os estados "não foram capazes de encontrar seu papel nessa estrutura descentralizada, passando a disputar poder, funções e recursos com

os municípios". Os municípios foram assumindo cada vez mais macro-responsabilidades com a saúde, muitos deste inicialmente, resistiram assumir esses compromissos por receio de não haver continuidade e efetividade nos repasses federais.

O artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) expressava que 30% dos recursos do OSS deveriam ir para ações e serviços de saúde. Em 1990, isso não foi cumprido, e em 1993 nem houve efetivo repasse sob a alegação de problemas de receitas na Previdência, tendo a saúde que recorrer ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para que não ficasse a mercê de investimentos. Ainda houve inúmeros vetos a Lei 8080 de 1990, que desarticulavam a questão da descentralização dos recursos federais serem realizados de forma regular, direta e automática, e o estabelecimento de qual seria a proporção dos valores que estados repassariam aos municípios.

Um dos fatores que aumentou a transferência de recursos aos municípios, a partir de um aparato Constitucional que é a descentralização, foi à criação das Normas Operacionais Básicas (NOBs), de 1993 e 1996, que tinham como eixos básicos a busca pela autonomia local na gestão da saúde e consolidar a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs). Já as transferências de recursos destinados à estados e DF, só ocorreu em 2001, com a criação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas), que buscava uma maior participação dos estados na estrutura e gestão do SUS. (PIOLA et al., 2013).

O próprio Ministério da Saúde, órgão do âmbito federal, reduziu a aplicação direta na saúde, entre 1995 e 2010, e aumentou os repasses a estados e municípios, a partir da perspectiva da descentralização dos recursos, sendo as NOBs e as Noas as fontes expressas para a ação dos estados e municípios.

[...] o Ministério da Saúde buscou induzir uma mudança no modelo assistencial, por meio da expansão da atenção básica de saúde. Mesmo antes da promulgação da CF/1988, havia uma leitura de que era necessário reforçar a atenção básica e transformá-la na "porta de entrada" para o sistema público de saúde. (PIOLA et al., 2013, p. 27).

O reforço da atenção básica foi uma conquista para o fortalecimento da descentralização de recursos aos municípios, que são os executores das ações e serviços de saúde. Significou também um avanço para o atendimento na atenção básica, "a porta de entrada", que seria o primeiro atendimento, e se necessário haveria encaminhamentos à outros níveis de média ou alta complexidade, o próprio acompanhamento da saúde seria realizado na atenção básica, buscando a atenção integral da saúde da população. Uma forma de fortalecer

esses serviços foi relacioná-lo a saúde da família, com isso foi criado o Programa Saúde da Família ou Estratégia de Saúde da Família, contudo, este ainda era um programa focalizado na população em situação de pobreza, não tinha como base a universalização. (PIOLA et al., 2013).

Os procedimentos utilizados para realizar transferências federais, não somente na atenção básica, mas também em outros componentes da atenção à saúde, com excessiva fragmentação das parcelas e definição por portaria ministerial, levaram alguns autores a questionar se o MS estaria promovendo uma efetiva descentralização [...]. Na defesa dessa forma de condução do processo, o MS defendia que, considerando as capacidades dos municípios, caberia ao nível federal orientar o processo de construção do SUS e que esse processo teria sido discutido na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne representantes das três esferas. (PIOLA et al., 2013, p. 27).

A colocação da autonomia dos estados e municípios foi algo que não teve tanta efetividade, pois acabavam sendo meros executores dos interesses da União. Para que estados e municípios tivessem mais autonomia, estes poderiam realocar as receitas dos repasses da União dos seguintes blocos: "atenção básica; atenção de média e alta complexidade; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; e gestão". (PIOLA et al., 2013, p. 28).

Apesar da implementação do SUS ser um condicionante de garantia de acesso a saúde, ainda é característico que a execução seja realizada de forma segmentada e desarticulada com o processo operacional na expressa lei e na própria carta cidadã, evidenciando um caráter contraditório, pois apesar de ser universal, ainda exclui parte da população, a qualidade da prestação dos serviços é questionada, e não se pode dizer que os serviços prestados nas diferentes regiões são igualitários no quesito qualitativo.

A criação da Desvinculação dos Recursos da União (DRU) colaborou para a retirada de receitas do orçamento da Seguridade Social, alocando as receitas em prol da política macroeconômica para o pagamento da dívida pública. "A existência da Desvinculação dos Recursos da União, desde 1994, drena 20% dos recursos das contribuições sociais para outras finalidades". (FLEURY, 2009, p. 22). A DRU também retirou receitas do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). (PIOLA et al., 2013).

Em 1996, visando enfrentar a falta de recursos para o financiamento da saúde, foi criada a Contribuição sobre Movimentação Financeira (CPMF) em que a receita iria para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), que passou a ser uma das principais contribuições para o

financiamento do Ministério da Saúde nos anos posteriores, a CPMF foi extinta em 2007. (PIOLA et al., 2013).

A tabela 1, elaborada por Salvador (2014), apresenta a evolução da participação das esferas no gasto com a saúde, de 2002 a 2012, em que a variação da participação dos estados, do DF e dos municípios, tiveram um aumento substancial característico da implementação da obrigação do gasto em saúde, pela Emenda Constitucional nº 29 de 2000. A participação da União diminuiu substancialmente depois da aprovação desta Emenda, em 2002 essa participação caracterizava 46,28% e em 2012 diminuiu para 35,58%, já os estados e municípios aumentaram a participação no gasto com Saúde, em 2002 os estados tinham a participação de 22,64% aumentando para 29,13% em 2012, os municípios tinham participação de 31,08% em 2002, aumentando para 35,19% em 2012.

Tabela 1- Gastos com Saúde por Entes da Federação
Em R\$ bilhões, deflacionados pelo IGP-DI (médio), a preços de 2012.

Ano	Participação em %						
	União	Estados	Municípios	Total	União	Estados	Municípios
2002	60,40	29,54	40,55	130,49	46,28%	22,64%	31,08%
2003	56,85	41,53	50,17	148,55	38,27%	27,96%	33,77%
2004	56,18	44,44	42,88	143,49	39,15%	30,97%	29,88%
2005	56,81	46,61	41,02	144,45	39,33%	32,27%	28,40%
2006	58,40	50,28	48,11	156,79	37,25%	32,07%	30,69%
2007	64,91	54,90	60,09	179,90	36,08%	30,52%	33,40%
2008	67,66	61,83	66,81	196,30	34,47%	31,50%	34,04%
2009	71,87	62,56	70,76	205,19	35,03%	30,49%	34,49%
2010	73,61	67,64	81,35	222,60	33,07%	30,49%	36,55%
2011	81,50	66,63	80,13	228,27	35,71%	29,19%	35,10%
2012	83,29	68,42	82,38	234,09	35,58%	29,23%	35,19%
Var.% 2002 a 2012	37,09%	131,62%	103,15%	79,39%			

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional (STN).

Elaboração: Salvador (2014).

Nota:

1) Nos estados inclui o Distrito Federal.

Como há o Orçamento da Seguridade Social, as políticas de saúde, assistência social e previdência social acabam disputando as demais contribuições sociais, não havendo a questão de estabilidade dos gastos na saúde. (FAVERET, 2003). Uma forma de aumento nos gastos com saúde foi a introdução da Emenda Constitucional nº 29 de 2000 (EC/29), em que estados e municípios deveriam a partir de sua arrecadação tributária alocar o mínimo percentual na saúde, e à União também haveria obrigações de mínimos a serem aplicados a partir da variação nominal do PIB. (FAVERET, 2003).

Houve um aumento da participação dos estados e municípios no gasto com a saúde, em que a EC/29 caracterizou o mínimo a ser investido.

Contudo, apesar da EC/29 instituir o mínimo a ser alocado por estados e municípios, os gastos da esfera federal ainda necessitaria de ajustes, visto que não induz que porcentagem que será gasta a partir do montante da arrecadação, mas sim, caracteriza a variação nominal do PIB do ano anterior, e mesmo assim se vê a diminuição da participação desta. Uma questão importante não incorporada pela EC/29 foi as "normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União" (PIOLA et al., 2013, p. 20).

O excedente de recursos extraído da seguridade social variou entre R\$ 12,4 bilhões, em 2001, e R\$ 26,5 bilhões, em 2005, até mesmo acima do limite de 20% legalmente autorizado pelo mecanismo da Desvinculação de Receitas da União (DRU). O superávit primário retirado da seguridade para fins de ajuste fiscal excedeu o gasto anual com saúde ao longo do período de 2000 a 2005. (DAIN, 2008, p. 627).

A EC/29 ampliou o número de recursos do financiamento do SUS, contudo, observa-se impactos diferenciados nas diferentes esferas federativa, os estados e municípios obtiveram maior participação no financiamento da saúde, tendo um maior esforço para esta participação, já a União apresentou uma menor proporção na alocação de receitas pós EC/29. (PIOLA et al., 2013). . "A falta de regulamentação também gerou discussões acerca da base sobre a qual incidiria a correção correspondente à variação nominal do PIB, para determinação do montante dos recursos federais. (PIOLA et al., 2013, p. 21)

A Lei Complementar nº 141 de 2012 que regulamenta a EC/29, expressa os recursos mínimos a serem alocados e como se dará o gasto em Saúde e as transferências intergovernamentais, inclusive os critérios de rateio dos recursos, em que estados devem alocar no mínimo 12% da sua arrecadação de impostos, municípios 15%. E a União deve aplicar o valor empenhado no exercício financeiro do ano anterior, mais a variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior, se houver variação negativa do PIB o valor não poderá ser reduzido. (BRASIL, Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, 2012). O quadro 1 caracteriza os tributos e a regulamentação desta lei.

Quadro 1- Receitas para o financiamento da saúde, por subnacionais, de acordo com a LC nº141/2012.

Estados	Municípios	Distrito Federal	
Mínimo de 12% aplicado nas ações e serviços públicos de saúde	Mínimo de 15% aplicado nas ações e serviços públicos de saúde	Mínimo de 12% dos impostos estaduais aplicado nas ações e serviços públicos de saúde	
ITCD	IPTU	ITCD	
ICMS	ITBI	ICMS	
IPVA	ISS	IPVA	
IRRF	IRRF	Cota- parte FPE	
Cota- parte FPE	ITR	Cota- parte IPI- Exportação	
Cota- parte IPI- Exportação	Cota-parte FPM	Compensações Financeiras de Impostos e transferências constitucionais	
Compensações Financeiras de Impostos e transferências constitucionais	Cota-parte ITR	Desonerações ICMS	
Desonerações ICMS	Cota- parte IPVA	Outras	
Outras	Cota-parte ICMS	Mínimo 15% dos impostos municipais aplicados nas ações e serviços pub. de saúde	
	Cota-parte IPI- Exportação	IPTU	
	Compensações Financeiras de Impostos e transferências constitucionais	ITBI	
	Desonerações ICMS	ISS	
	Outras		ITR
			Cota-parte FPM
			Cota-parte ITR
			Cota- parte IPVA
			Cota-parte ICMS
			Cota-parte IPI- Exportação
			Compensações Financeiras de Impostos e transferências constitucionais
Desonerações ICMS			
Outras	Outras		

Fonte: STN.

Elaboração: CCONF e GENOP.

O financiamento do Fundo Municipal de Saúde e do Fundo Estadual e Distrital de Saúde, é efetivado por diferentes contribuições e receitas, como o descrito no Quadro 1.

O quadro 1, evidência as receitas das subnacionais para o financiamento da saúde. A LC nº 141 não aumentou a participação da União, mas instituiu questões fundamentais para o financiamento da saúde, como instituir que o descumprimento de alocação do mínimo deva ser compensado no ano seguinte e que os recursos utilizados para atingir o mínimo quando cancelados devem ser repostos e a forma como será realizada. Ainda que a LC nº 141 fosse um avanço para a ampliação do gasto na saúde, ainda sim haveria falta de critérios para os repasses realizados pela União. (AFONSO; CASTRO; SOARES, 2013). Outra dificuldade foi que os estados, DF e municípios ainda alocariam somente o mínimo instituído.

Capítulo II- Federalismo e o financiamento das políticas sociais no Brasil

2.1 Questões conceituais acerca do federalismo

Existe uma distinção entre federação e federalismo, a forma do federalismo no Brasil não iniciou com a Constituição de 1988, o Brasil já possui a forma federativa a mais de um século. A federação possui relação com um conjunto de unidades territoriais unidas que formam uma nação independente, já o federalismo é a forma em que se dá a relação entre as unidades territoriais, que podem ser autônomas ou não, dentro uma nação. Segundo Cury (2006, p. 114): “Federação provém do latim: *foederatio* que, por sua vez, resulta do latim *foedus*. *Foedus-iris* significa contrato, aliança, União, ato de unir-se por aliança. Significa também se fiar, confiar-se, acreditar.”

O federalismo irá se instituir a partir de uma divisão territorial de governo, mais uma estrutura Constitucional, que pode ser relacionada com as distribuições de competências, como a do Poder Legislativo, Executivo e Judiciário.

O federalismo não está ligado somente com a questão da descentralização, mas sim relacionado a inúmeras variáveis que desenham a estrutura do federalismo em uma determinada nação, ou seja, deve-se levar em consideração os amplos fatores que interferem no seu funcionamento, seja pela ordem política, Constitucional, econômica, fiscal, social, cultural, dentre outros. (OLIVEIRA, 2006).

Segundo Sousa (2005, p. 105):

Há mais de um século, o Brasil adotou a forma federativa de divisão territorial de governo. Ao longo desse tempo, o país conviveu com grande variedade de arranjos federativos e experimentou períodos de autoritarismo e de regime democrático. Durante a vigência das sete constituições que regeram as instituições brasileiras após a República, as regras relativas ao federalismo fizeram parte integrante do corpo Constitucional - daí a importância de estudar-se o federalismo brasileiro associando-o ao tema do Constitucionalismo.

O federalismo ainda pode ser tipificado como centrípeto ou unitário; centrífugo ou dual; e cooperado. O centrípeto ou unitário é aquele em que o poder está nas mãos de um só ente federado, especificadamente a União, que estabelece o poder de mando, e os outros entes tendem a demonstrar subordinação à esfera central da União. (CURY, 2006). O federalismo centrífugo ou dualista é aquele em que os estados-membros, excluindo municípios, também

são os detentores do poder e da autonomia, podendo sobressair até mesmo ao poder da União (CURY, 2006). E o federalismo cooperado é aquele em que ambos os entes da esfera de poder, incluindo os municípios, também detém poder e autonomia de decisão, buscando assim o equilíbrio a partir da cooperação por meio da articulação dos planos e projetos e distribuição de competências. (CURY, 2006).

No Brasil o federalismo organiza-se a partir de três níveis, o da União, dos Estados/DF e Municípios, onde de acordo com o exposto na Constituição de 1988, a União teria a competência exclusiva de edição de normas, que seriam aquelas de natureza geral. E os Estados/DF e Municípios possuem a competência suplementar e concorrente, ou seja, se submeteriam as normas gerais, complementando o que fosse necessário e permitido ou as normas deveriam ser construídas conjuntamente.

Apesar de a União possuir a competência de introdução das normas gerais, isso não significa que os Estados e Municípios sejam inertes quanto a quem manda e a quem obedece, justamente porque a Constituição brasileira defende a descentralização às subnacionais, incluindo a questão de autonomia. A regra é a não intervenção na autonomia das esferas, contudo em casos como dívida não paga, deixar de aplicar o mínimo exigido em saúde e educação, e no caso de decisão judicial, a União poderá intervir nos Estados e Municípios, e a esfera estadual intervir nos Municípios.

Na Constituição federal de 1988 (CF, art. 22) a União possui vinte e nove incisos sobre legislar privativamente, ou seja, excluindo estados e municípios, dentre essa competência se enquadra legislar sobre direito civil, penal, eleitoral e trabalhista. A Constituição (CF, art. 24) também engloba as competências para legislar concorrentemente com estados e municípios, em que entraria matéria sobre o direito tributário, financeiro, econômico, sobre o orçamento, a educação, a previdência social, a proteção e defesa da saúde, dentre outros. A matéria em que houvesse ausência de legislação por parte da União entraria na competência suplementar dos estados para o atendimento de suas especificidades e particularidades próprias.

A estrutura do Brasil se organiza a partir de uma abordagem jurídica e de uma abordagem política que tendem a se organizar político-administrativamente e alocam elementos econômicos e de cooperação entre os entes federados, seja verticalmente (União às subnacionais) ou horizontalmente (entre às subnacionais), levando em conta o amplo território nacional que favorece as vantagens competitivas do mercado interno, o que acaba sendo

contraditório, por ao mesmo tempo tender a ter cooperação entre os entes e se submeter à competição entre os próprios entes federados. (VERGOLINO, 2013).

A Constituição Federal articula elementos de cooperação entre os entes federados e distribui competências para legislar, além de introduzir a questão da descentralização e da *accountability* (prestação de contas de organismos no poder ou de representantes da sociedade à população), o que tipificaria o federalismo brasileiro como cooperado. Contudo, a União sendo responsável por normas de natureza gerais e estados e municípios de natureza concorrente e suplementar, ademais da dificuldade de implementação de políticas de âmbito local, dos limites das subnacionais nas tomadas de decisão e da potencialidade de aplicação de recursos ou de possuírem tal, dificulta a analisar o federalismo brasileiro como cooperado, os entes federados tenderiam a competir por recursos evidenciando um novo tipo de federalismo o competitivo. (CURY, 2006).

2.2 Federalismo e Políticas Sociais

A República democrática apresenta uma característica peculiar dentre as outras formas de governo do passado, como a Monarquia Feudal, na República democrática se dá a expressão de soberania popular, contudo anteriormente a CF/1988 ainda seria aquela ligada somente ao voto. O que induz a pensar que às políticas sociais obedecem a um eixo próprio, que é o interesse comum, ou seja, as políticas sociais devem ser instituídas visando o interesse e as demandas da sociedade civil.

A lei é a forma de concretude desta vontade soberana, sendo o Estado o interventor e garantidor desta vontade, com isso cria-se a implementação do direito social, Pereira (2008, p.95) caracteriza isso como:

[...] concretizar direitos sociais pela sociedade e incorporados nas leis. Ou melhor, os direitos sociais declarados e garantidos nas leis são, de regra, conquistas da sociedade e só têm aplicabilidade por meio de políticas públicas, as quais, por sua vez, operacionalizam-se por meio de programas, projetos e serviços.

O interesse público deve se sobressair sobre o interesse particular, esse é o foco do princípio de supremacia do interesse público. Contudo, não se deve esquecer o antagonismo das relações entre Estado e sociedade, entre os diversos grupos que brigam por poder, tanto na sociedade civil, quanto na sociedade política. Tudo isso interfere no que e para que determinada ação iria significar, se realmente irá atender o interesse público, ou o interesse de determinados grupos da sociedade, ou até mesmo interesses particulares.

Os tributos principais são arrecadados no âmbito da União, que tende a realizar práticas e ações em que as subnacionais atendessem aos seus planos intergovernamentais relacionados às políticas sociais. “Em quatro áreas de política social, educação fundamental, saúde, habitação e saneamento, o governo federal encontrou resultados diversos na implementação da agenda de reforma que afetam diretamente os interesses de estados e municípios.” (ARRETCHE, 2002, p. 433).

Na política de habitação e saneamento básico, por exemplo, um dos tributos pela qual é financiado é o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), que é um tributo da esfera federal, com isso os recursos repassados acabam atendendo as formulações e interesses da União, como o que foi visto no governo Fernando Henrique Cardoso, em que apesar dos repasses, este eram vinculados com a perspectiva do mercado, em que se ampliou o espaço na execução dos serviços por empresas privadas, e da política de crédito. Houve a busca de autonomia estatal para a realização da política de habitação, onde foi realizada a instituição de comissões com participação dos municípios e da sociedade civil, contudo para concretizar esta política deveria os estados comprovarem capacidade de endividamento. (ARRECTHE, 2002)

A União argumentava que atrair empresas privadas era fundamental para a execução, já que haviam muitos desempregados, deveria indenizar trabalhadores demitidos sem justa causa e os baixos salários, interferiria na receita do FGTS, endurecendo os empréstimos. O Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDS) e a Caixa Econômica Federal (CEF) foram fundamentais para concretizarem a ideologia das privatizações, já que foram os principais bancos que financiaram a execução da política de saneamento básico e habitação social.

Já na política de educação houve um aumento no gasto logo após a promulgação da emenda Constitucional que instituiu o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF), mais tarde com a nomenclatura Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Básico e de Valorização do Magistério (FUNDEB). A CF/1988 ainda promoveu que aos municípios, estados e DF, deveriam obrigatoriamente alocar 25% de suas receitas na educação, sendo o serviço preferencialmente executado por municípios.

Houve a desvinculação anual de 15% das receitas dos estados, municípios e DF provenientes dos impostos para alocar no FUNDEF, contudo regiões mais empobrecidas como o Nordeste seriam mais penalizadas com esta reforma, visto que as disparidades

regionais foi um fator não visualizado neste processo, ocasionando mais desigualdades com estas perdas fiscais. (ARRETCHE, 2002). "Em 1994, 56% do PIB estava concentrado no Sudeste e 17, 5% no Sul, enquanto que o Nordeste detinha 14% e o Norte e Centro-Oeste permaneciam com 4,8% e 7,1% respectivamente do PIB nacional. (SOUZA, 2001, p. 6).

A política de saúde pós CF/1988, por sua vez, foi instituída por uma perspectiva bem-sucedida, pois houve transferência de responsabilidades aos municípios, reestruturando uma nova forma de como as ações e serviços seriam desenvolvidos.

[...] a municipalização da gestão dos serviços de saúde foi um elemento central da agenda de reformas do governo federal ao longo da década de 90, e pode-se afirmar que, deste ponto de vista, a reforma foi um sucesso. Em 2000, 99% dos municípios estavam habilitados junto ao SUS, aceitando, assim as normas da política de descentralização do governo federal. (ARRETCHE, 2002, p. 446).

A transferência de responsabilidade, ou de macro-responsabilidades da gestão em saúde pelos municípios e a participação da esfera federal no financiamento da política foi fundamental para a questão da autonomia. Contudo, questões da descentralização das receitas e a associação às Normas Operacionais Básicas (NOBs), foram instrumentos fundamentais para que os municípios aderissem essa responsabilidade, o que acabou sendo subordinado as regras federais para que houvesse repasse de receitas. "As relações intergovernamentais e o federalismo fiscal afetam a forma como o federalismo opera na prática". (SOUZA, 2001, p. 7).

O movimento sanitaria criticou a ação do Ministério da Saúde na introdução das NOBs, por estas não estarem condizentes com o contexto da Carta Magna e pela descaracterização da autonomia participativa dos estados, DF e municípios. (ARRETCHE, 2002).

No caso da política de saúde a passagem da fase de definição dos objetivos da reforma para atender a etapa da implementação implicou um deslocamento da principal arena decisória: do Parlamento para o Executivo, transferindo poder decisório para as burocracias deste ultimo. As determinações constitucionais já haviam sido estabelecidas em 1988, cabendo ao Ministério da Saúde a edição de normas operacionais para colocar em prática o processo de transferência de funções a estados e municípios. (ARRETCHE, 2002, p. 449).

A centralização dos recursos na esfera federal na autoridade do Ministério da Saúde para edição de portarias e da norma operacional, da coordenação e financiamento

descaracterizaram a descentralização e diminuiu a participação das subnacionais na edição de normas e regulamentações.

As diferentes políticas sociais no Brasil realizadas pelas subnacionais tendem a se subordinar à esfera da União, pois dela dependem para que haja efetividade na implementação e ação, e mesmo assim ainda é realizada de forma restrita, visto que a União centraliza os recursos e impõem deveres que nem sempre são cumpridos, "os governos subnacionais adotam as políticas federais apenas por adesão voluntária ou obrigação Constitucional". (ARRETCHE, 2002, p. 451).

2.3 O processo histórico do federalismo brasileiro

A Constituição de 1891, após a promulgação da República, contava com a forma de governo do tipo "Federalismo Isolado" não possuía ligação entre as esferas de governo (União, Estados e Municípios), havendo um regime de separação das fontes tributárias, ou seja, os impostos são de competência dos estados e da União, excluindo os municípios. Os recursos e as decisões tinham um padrão altamente centralizado, não havia uma preocupação de inclusão ou participação, o poder centrava-se na esfera federal e em alguns estados. No decorrer deste processo houve uma morosidade com relação ao desenvolvimento de mudanças estruturais das políticas fiscais, tributárias e sociais. Segundo Souza (2005, p. 107):

[...] os recursos públicos foram canalizados para alguns poucos estados, mostrando que a federação brasileira nasceu sob a égide da concentração de recursos em poucos estados e escassas relações existiam entre os entes constitutivos da federação, caracterizando esse período como o de uma federação isolada.

Em 1930 com o governo Vargas houve uma continuação do processo de centralização da política fiscal ligado a um forte processo de intervenção na crise cafeeira. Muitos estados possuíam dívidas com a esfera federal, não houve tantos conflitos verticais entre esferas, por o governo federal amenizar as contradições a partir de barganhas e concessões aos Estados e Municípios, como o perdão das dívidas, pacificando assim a tomada das novas decisões. (SOUZA, 2005).

Com a promulgação da Constituição de 1934 centralizando-se ainda mais o poder na esfera federal houve a ampliação da política fiscal federal e negou as subnacionais o poder de decisão e relevância de suas particularidades culturais e regionais, porém aumentou a relação intergovernamental, pois houve um mínimo de concessões a estes entes federados e a partir de uma reforma eleitoral que evidenciaria a centralização em âmbito federal. Nesse período:

[...] Vargas aprovou uma reforma eleitoral, que, entre outras medidas, aumentou a representação política dos estados menos populosos na Câmara dos Deputados. Concebida como forma de contrabalançar o poder de alguns poucos estados, no que ficou conhecida como a política dos governadores, a sobre-representação dos estados menos populosos permanece como um dos mecanismos voltados para o amortecimento das heterogeneidades regionais e como forma de acomodar as assimetrias de poder entre unidades territoriais que registram grandes diferenças econômicas. (SOUZA, 2005, p. 107-108)

No governo de 1937, ainda com Vargas no poder, houve o fechamento do Congresso Nacional, com o discurso de modernização de industrialização do país, centralizando o poder nos governantes escolhidos por Vargas, em prol dos eleitos. A população não possuía direito de voz e nem de voto, os repasses dos recursos eram realizados com interesses particulares, um fator que comprova essa atitude foi à drástica diminuição das receitas às subnacionais. (SOUZA, 2005).

Em 1946 foi promulgada uma nova Constituição, ainda no governo Vargas, com a recente saída de um "Estado Novo" e uma volta à redemocratização, a população voltaria a ter o direito ao voto. Neste período o governo demonstrava que as intenções de práticas liberais sobressaíram em certas decisões do governo federal, porém o estado agia para implementação de ações públicas, como por exemplo, a inclusão dos repasses de alguns recursos do nível federal para o municipal, porém realizado de uma forma controversa, pois a divisão dos recursos a serem distribuídos entre os municípios não considerava a proporcionalidade e particularidade de cada subnacional e muitas das cotas federais aos municípios também foram burlados, ampliando desta forma as desigualdades territoriais. (REZENDE, 1976).

A Constituição de 1946 introduziu o primeiro mecanismo de transferências intergovernamentais da esfera federal para as municipais, excluídos os estados, na tentativa de diminuir os desequilíbrios verticais de receita, mas o critério de transferência não continha nenhum mecanismo de equalização fiscal, dado que consistia em dividir o montante a ser transferido pelo número de municípios existentes. (REZENDE, 1976, p. 238).

Em 1960 com uma nova crise econômica e política, a Constituição de 1946 foi gradualmente subtraída. E instaurado o golpe militar de 1964, introduzindo um aprofundamento da centralização federal, com a promulgação de uma nova Constituição em 1967, época de extrema ampliação dos interesses liberais, ainda sim houve negociações de repasses de recursos verticais às subnacionais a fim de amenizar o desequilíbrio fiscal. (RIBEIRO, 2009).

Os governadores, prefeitos e congressistas não foram eliminados do jogo político como o ocorrido na década de 30, estes foram peças chave para a alocação das decisões políticas centrais, sendo os legitimadores da ideologia militar. A lógica era centralizar os recursos e os repassar por meio dos relacionamentos intergovernamentais às subnacionais. A má distribuição dos recursos que ocorria na década de 1940 e 1950 seria substituída pela repartição de forma proporcional entre a esfera de âmbito local, levando em conta certos critérios, como o tamanho da população e a sua renda per capita.

Após a ditadura militar de 1964, surge um processo de redemocratização do Estado brasileiro, levando em consideração os processos globais em torno da acumulação capitalista e os movimentos sociais com projetos de inclusão participativa da população. Havia convergências sobre o tipo de reforma que contextualizaria a negociação na formulação de estratégias nacionais, com um amplo incentivo a um processo de redemocratização por meio da participação popular, o que motivou determinada parcela da população a defesa dos direitos e do controle democrático. A Constituição Federal de 1988 é considerada um marco para a sociedade brasileira por apresentar características de universalização de direitos e concepções de justiça e cidadania, assim como introduziu deveres do Estado para com a população em diversas ações, como saúde, educação, habitação, saneamento, dentre outros (RIBEIRO, 2009).

A Constituição Federal de 1988 não alterou a estrutura institucional de gestão das políticas sociais herdada do regime militar. Mesmo as medidas de reforma aprovadas e implementadas pelos sucessivos presidentes – posteriormente à Constituição Federal de 1988 – pouco ou nada alteraram esta estrutura prévia, que é centralizada para as políticas de saúde e desenvolvimento urbano e descentralizada para a política de educação fundamental. No início dos anos 90, a distribuição federativa dos encargos na área social derivava menos de obrigações constitucionais e mais da forma como historicamente estes serviços estiveram organizados em cada política particular. A capacidade de coordenação das políticas setoriais dependeu em grande parte destes arranjos institucionais herdados. (ARRETCHE, 2004, p. 22)

Arretche (2004) descreve algumas diferenças e particularidades na implementação das políticas, ainda ligadas à ideologia da política militar, e a forte interferência das instituições para a tomada de decisão, não sendo algo convicta simplesmente na grande mobilização social, mas em uma ampla caracterização histórica.

2.4 O Federalismo no Brasil pós-Constituição de 1988

A nova forma de governo estabelecido na década de 1980 em alguns países da Europa e da América Latina, inclusive no Brasil, instauraram o Federalismo, cada um com suas particularidades. No Brasil a Carta Magna de 1988, foi algo de extrema relevância para a sociedade brasileira, visto que houve formalidades e o enriquecimento de detalhes expressos na tal, até mesmo a população poderia enviar ideias para a sua consolidação. Uma gama de comissões foram instauradas, buscando um melhor aproveitamento das ações que se iriam implementar. (RIBEIRO, 2009). A Constituição Federal de 1988 não foi só um marco por introduzir direitos, deveres e garantias, mas por ampliar as ações de políticas públicas. Souza (2005, p. 110) apresenta uma característica peculiar da Constituição brasileira:

Embora a Constituição de 1988 não tenha sido precedida de debates sistemáticos como nos EUA, reunidos em ensaios que ficaram conhecidos como *O federalista*, houve ampla divulgação de sua pauta e do trabalho da Comissão Afonso Arinos, que a precedeu. Ademais, suas regras foram capazes de conciliar os interesses de novos e velhos atores políticos e grupos de interesse. Essa opção pela conciliação pode ser também um dos fatores explicativos de por que a Constituição tornou-se tão detalhada e por que contém muitos dispositivos que requerem regulamentação posterior, apesar de seu alto nível de detalhe, alguns exigindo leis complementares e outros leis ordinárias. O consenso foi o caminho possível pela ausência de uma clara maioria partidária ou ideológica.

A estrutura Constitucional permitiu, por meio dos seus detalhes, mostrar o novo formato do federalismo no Brasil, apesar de herdar muitas características da ideologia aplicada na ditadura militar, houve um processo que consagrou a descentralização às subnacionais, mudando o papel centralizado na esfera federal para a descentralização dos estados e municípios autônomos. Incluindo também obrigações e deveres referentes a sua área de abrangência local, levando em consideração as diferentes demandas regionais, com políticas sociais, econômicas e fiscais.

No Brasil isso foi algo contraditório, visto que focou na autonomia descentralizada ao mesmo tempo em que deveria cumprir uma agenda econômica, principalmente por ser um país com extremas diferenças econômicas e sociais, característicos das grandes desigualdades territoriais e regionais. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 houve o repasse de obrigações aos estados e municípios, inclusive algumas "macro-responsabilidades", com

estratégias, obrigações e operacionalizações em diferentes políticas. Para que as subnacionais aderissem essa ideologia foram utilizados usos de barganha e estratégias de indução.

Outro ganho de cunho fundamental foi à ampliação do poder no âmbito Legislativo e do Judiciário, com o sistema de freios e contrapesos, buscando um maior equilíbrio das tomadas de decisões nos três âmbitos do poder, tendo como objetivo não ferir algumas medidas tomadas na Carta Magna, contudo este sistema também visa a confirmar formas de poder e tomadas de decisões. (SOUZA, 2005). A implementação do descrito no texto Constitucional sobre políticas sociais não foi rápida, visto que algumas questões ainda necessitaram de leis que complementassem a sua vigência, muitas seriam aquelas descritas como "normas programáticas" que apesar de uma aparente justa escrita Constitucional, necessitaria de recursos para sua implementação.

Entender o federalismo fiscal é fundamental para compreender as responsabilidades dos entes federativos no financiamento das políticas sociais. No Brasil, o Federalismo Fiscal foi efetivado em uma perspectiva político-institucional, em que estados/DF e municípios terão maior responsabilidade fiscal. Os repasses e distribuições de receitas serão fundamentais para questões de autonomia local. Alguns princípios serão essenciais para concretizar essa ideologia, como a autonomia, a participação (ativa responsabilidade dos entes federados nas decisões), e a cooperação. (VERGOLINO, 2013). Contudo, questões da tradição brasileira arraigada com o clientelismo, o centralismo e o autoritarismo influenciaram drasticamente a formação da Constituição de 1988, referentes a ordem econômica e a questão fiscal; e ainda a questão histórica econômica que o país perpassava.

[...]Nesse momento histórico, o país passava por uma crise de estabilização das mais sérias já enfrentadas no período republicano, com destaque para uma inflação galopante que desestabilizava o sistema de preços, e com tendência a piorar, como os próprios fatos de ordem histórica demonstraram. Finalmente, uma crise de natureza fiscal se materializava em um forte desequilíbrio de receitas e despesas dos então entes federativos. (VERGOLINO, 2013, p. 11-12).

A Constituição foi realizada em um contexto antagônico, para a ampliação da autonomia e distribuições de receitas às subnacionais, apesar das lutas constantes por direitos sociais e de participação popular. Essa crise fiscal debilitou os mecanismos de participação das subnacionais nos quesitos de autonomia de decisão e alocação de recursos. (VERGOLINO, 2013).

A CF/88 criou dois sistemas tributários paralelos: um composto por impostos cuja receita é repartida entre estados e municípios e outro formado por contribuições sociais cuja receita não é partilhada. [...] as contribuições se diversificaram, e o aumento de sua arrecadação superou a dos impostos, reconcentrando a receita. (AFONSO; CASTRO; SOARES, 2013, p.6).

A fragilidade das subnacionais em produzirem ações para a implementação de políticas sociais fizeram com que estas ações viessem a ser produzidas de forma gradual e ínfima, comparada a grande demanda, restando para os governos estaduais, distritais e municipais a investirem no desenvolvimento econômico, competindo umas com as outras para a implementação dos programas.

A Constituição de 1988 instaurou algumas questões na defesa dos princípios para a descentralização das ações, como os Municípios terem a mesma autonomia quanto os Estados/DF e a União, salvo algumas exceções expressas na própria Constituição; estados e municípios mais pobres terem maior participação nos Fundos de Participação dos Estados (FPE) ou dos municípios (FPM). Contudo essa estrutura foi barrada por problemas econômicos centralizando a ordem econômica em favor do ente federal. (VERGOLINO, 2013).

Desta forma o Estado possui o papel de ser protetor e produtor que visa sempre investir em novos programas estatais, e para isso acontecer necessita de recursos advindos dos tributos. Há de se conceituar tributo como aquilo que é de caráter obrigatório em que o Estado utiliza as leis para sua retirada de uma economia, e a carga tributária como a arrecadação em um período de tempo em uma determinada região mais o Produto Interno Bruto (PIB) do mesmo período.

A tributação no Brasil ocorre nos três âmbitos na esfera federal, estadual/DF e municipal. Só se cria novos impostos em lei, propriamente com emendas as constituições ou com leis complementares, sejam elas em âmbito federal, estadual, distrital ou municipal, com exceção em caso de guerra declarada ou para o financiamento da Seguridade Social. (SOUZA, 2005).

Quadro 2- Os tributos arrecadados por cada ente federativo pós Constituição de 1988

União		Estados	Municípios	DF
COFINS	ITR	ICMS	ISSQN	ICMS
PIS/PASEP	II	IPVA	IPTU	IPVA
IPI	IRPF	ITCD	ITBI	ITCD

CIDE	IRPJ			ISSQN
IOF	CSLL			IPTU

Fonte: AFONSO; CASTRO; SOARES, 2013

O Distrito Federal apresenta características tanto de estado quanto de município, abrangendo desta forma todos os tributos referentes a estes. Todo o tributo seja da União, dos estados/DF ou dos municípios possuem o dever de obrigatoriamente serem expressos em lei, até mesmo o aumento de imposto já descrito em lei deve ser regulamentado.

Há uma débil descentralização fiscal no sentido da arrecadação tributária. Um aspecto importante para a análise é identificar o peso que cada esfera federada possui na carga tributária nacional brasileira. (AFONSO; CASTRO; SOARES, 2013).

Tabela 2- Arrecadação tributária global por esfera de governo- 2012

Deflacionado pelo IGP-DI (médio), a preço de 2013.

	Arrecadação Total (R\$ Bilhões)	% do total arrecadado	% PIB
União	1.222.303,32	69,05	24,75
Estados	445.464,68	25,16	9,02
Municípios	102.452,32	5,79	2,07
Total	1.770.220,34	100	35,85

Fonte: Receita Federal.

Elaboração: Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros (CETAD).

A tabela 2 demonstra a carga tributária no ano de 2012, a União é quem possui os tributos que acarretam maior valor de contribuições, fazendo com que haja e permaneça uma centralização na arrecadação de tributos. Os estados, o DF e os municípios, até mesmo aqueles com maiores valores de arrecadação, como o ICMS, ainda sim ficariam bem abaixo do volume arrecadado pela União.

Alguns repasses realizados pela União aos estados e municípios, atendem a porcentagem instituída na norma Constitucional, como por exemplo, 48% dentre o imposto sobre renda e proventos e o imposto sobre circulação de mercadoria, cerca de 21,5% devem estar no Fundo de Participação Estadual (FPE), mais 22,5% no Fundo de Participação Municipal (FPM), 3% alocado no financiamento do setor produtivo do Norte, Nordeste e Centro-Oeste e 1% entregue no decêndio do mês de dezembro ao FPM. (CF, art. 159, I). Deve-se levar em conta que a Constituição prevê o mínimo a ser alocado, não induz a porcentagem correta que os governantes irão alocar.

Há a necessidade de análise das proporções das subnacionais na capacidade de obtenção econômica para a transferência de recursos fiscais. Subnacionais mais empobrecidas, por exemplo, deveriam obter repasses condizentes com as suas proporcionalidades, a fim de que disparidades regionais entre as esferas de governo sejam amenizadas. Há ainda outros fatores para os repasses que inclui o tamanho populacional, a demanda por transporte, o contexto cultural, investimento em escolas, hospitais, dentre outros. A não inclusão de fatores importantes de investimento e ações nas políticas governamentais prejudicam as classes mais baixas da população. (AFONSO; CASTRO; SOARES, 2013).

As transferências realizadas podem ser condicionadas ou incondicionadas, ou seja, as incondicionadas são aquelas em que não possuem uma vinculação específicas, como o Fundo de Participação Estatal (FPE) e o Fundo de Participação Municipal (FPM). Já as condicionadas são aquelas em que os repasses irão possuir uma vinculação específica, como aquelas descritas na Constituição, como a Educação e a Saúde. A importância da vinculação condicionada é que os repasses devem obedecer a norma Constitucional e não vincular a questões econômicas. (AFONSO; CASTRO; SOARES, 2013). Nesse sentido a tabela 3, apresenta as receitas que ficam disponíveis para os entes da federação após as transferências constitucionais.

Tabela 3- Receita Disponível por Esfera de Governo – 2010
Deflacionados pelo IGP-DI (médio), a preços de 2013.

	Total (R\$ Bilhões)	% PIB	% Total	R\$ per capita
Receita Disponível	1.660,32	34,19	100	8.940,24
União	940,06	19,36	56,62	5.061,89
Estados	416,51	8,58	25,09	2.242,79
Municípios	303,74	6,25	18,25	1.635,55
Transferências constitucionais				
União para Estados	95,03	1,96	5,72	511,70
FPE	50,26	1,04	3,03	270,66
FPEX	3,79	0,08	0,23	20,45
IOF Ouro	0	0	0	0
Seguro Rec. ICMS	1,50	0,03	0,09	8,14
FUNDEB	14,52	0,3	0,87	78,22
Salário Educação	9,49	0,2	0,57	51,08
FEX1/	1,88	0,04	0,11	10,15
CIDE	1,72	0,04	0,1	9,28
AFE	1,03	0,02	0,06	5,55
Royalties e Participações	10,71	0,22	0,65	58,15
União para Municípios	84,78	1,75	5,11	456,52

FPM	55,47	1,14	3,34	298,78
ITR	0,46	0,01	0,03	2,51
IOF Ouro	0	0	0	0,25
Seguro Rec.				
ICMS	0,50	0,01	0,03	0,02
FUNDEB	19,65	0,4	1,18	105,84
FEX 1/	0,63	0,01	0,04	3,38
CIDE	0,56	0,01	0,03	3,03
AFM	0,66	0,01	0,04	3,58
Royalties e Participações	6,82	0,14	0,41	36,74
Estados para Municípios	122,43	2,44	7,14	638,37
ICMS	66,87	1,38	4,03	360,08
IPVA	13,70	0,28	0,83	73,79
FPEX	0,95	0,02	0,06	5,11
FUNDEB	37,04	0,76	2,23	199,48

Fonte: AFONSO; CASTRO; SOARES, 2013.

Elaboração: AFONSO; CASTRO; SOARES, 2013.

A tabela 3 demonstra que se a União se apropriou de R\$ 940,06 bilhões, os repasses constitucionais foram de R\$ 179,81 bilhões para os estados, o DF e os municípios, cerca de 16% do que foi arrecadado, centralizando mais de 83% da arrecadação no âmbito da União. Já os Estados se apropriaram de R\$ 416,51 bilhões. Evidenciando-se uma concentração tributária que afeta o federalismo fiscal.

De uma forma geral, o que se pôde observar é que se tem um cenário com muito mais defeitos do que qualidades. Não se limitando apenas ao tamanho da carga tributária aplicada no país – o que, por si só, já seria uma característica questionável –, a tributação está organizada de uma forma perversa. (AFONSO; CASTRO; SOARES, 2013, p. 85).

Apesar do federalismo fiscal influenciar os índices de distribuição de renda das famílias mais empobrecidas, ainda sim esses indicadores são ínfimos comparados ao que a Constituição federal expressa como direitos sociais, até mesmo porque não há equidade na grande maioria dos tributos, fazendo com que quem ganha menos pague o mesmo do que quem ganha mais, problematizando e intensificando a questão da distribuição de renda. (AFONSO; CASTRO; SOARES, 2013).

A tabela 4 evidência a ideia da concentração fiscal e a grande desigualdade de renda das regiões brasileiras, sendo o Norte a região que mais sofre com a pobreza e com a má efetividade da gestão econômica, no Sudeste evidencia a manutenção da focalização das receitas fiscais, onde a cooperação não é concretizada ou é ínfima na distribuição às subnacionais. Apesar da Constituição de 1988 instituir um conjunto de direitos sociais para a

amenização das desigualdades, vemos que desde 1990 até 2009 houve poucas mudanças neste cenário.

Ao investigar as estatísticas nacionais relacionadas à escala e ao comportamento do PIB per capita de cada região fisiográfica brasileira, aflora um quadro de forte desequilíbrio espacial na geração de bens e serviços. [...] Os dados sugerem que o cenário das desigualdades regionais, identificadas por meio da participação relativa do PIB a preço de mercado de cada região no produto nacional pouco mudou. (VERGOLINO, 2013).

Tabela 4- Participação relativa do PIB a preço de mercado- Brasil e regiões (anos selecionados) (Em %)

Regiões	1990	2000	2003	2007	2009
Norte	4,94	4,6	4,78	5,02	5,04
Nordeste	12,86	13,09	12,77	13,07	13,51
Sudeste	58,83	57,79	55,75	56,41	55,32
Sul	18,21	17,57	17,7	16,64	16,54
Centro-Oeste	5,16	6,45	9,01	8,87	9,59
Brasil	100	100	100	100	100

Fonte: VERGOLINO, 2013

Elaboração: VERGOLINO, 2013.

Com a promulgação da Constituição de 1988 houve o que Souza (2001) chama de constrangimento econômico, ou seja, diminuição do poder da maioria em prol de políticas econômicas, o que caracterizou algo de cunho contraditório. O sistema fiscal de repasse aos municípios dependeria das regiões estaduais mais desenvolvidas irem bem na economia. (SOUZA, 2001). A competição tributária entre os entes federados na geração de receitas para investimentos, engloba tanto a arrecadação quando na repartição de recursos. (VERGOLINO, 2013).

Houve pouca melhora em alguns índices de desenvolvimento social no Brasil, contudo há críticas sobre a pouca melhora, pois estaria relacionada a uma má gestão da tributação e dos gastos da política fiscal, visto que determinantes de repasses poderiam amenizar a problemática do pouco investimento em políticas sociais, um desses determinantes seria a redistribuição de renda as regiões mais empobrecidas da sociedade. (AFONSO; CASTRO; SOARES, 2013).

O Federalismo brasileiro não só continuaria um processo de desigualdades regionais, mas aumentaria a concentração de renda em determinadas regiões. O processo de descentralização referente à autonomia das esferas de poder relacionado ao orçamento continuaria com o foco em âmbito federal, fazendo com que haja uma re-centralização das

decisões. O fortalecimento do poder da esfera federal ocasionou rigidez no orçamento com dificuldade de gasto social, o que algumas áreas econômicas o caracterizaram como despesas na área social.

Desde a promulgação da Constituição de 1988, outorgar o rótulo de centralizado ou descentralizado ao federalismo brasileiro parece não dar conta da sua atual complexidade. A federação tem sido marcada por políticas públicas federais que se impõem às instâncias subnacionais. (ARRETCHE, 2004, p. 111)

O governo federal negocia com as esferas as suas políticas e a execução destas em favor da política macroeconômica, onde o objetivo principal não seja amenizar as desigualdades regionais por meio dos repasses financeiros, mas sim concretizar a ideologia do capital e a lógica da acumulação capitalista.

2.5 Descentralização às subnacionais e o obstáculo da regulação

A descentralização foca na política fiscal e na política social. Podendo ser a descentralização de dois tipos a competitiva e a cooperativa: A descentralização competitiva aquela em que as subnacionais competem por determinada área em uma determinada política para atrair investimentos. Um exemplo desta competição ou dessa "guerra fiscal" instaurada no Brasil seria o estado da Bahia e a do Rio Grande do Sul competirem para que a Ford, uma montadora automobilística se estabelecesse em sua região, o estado da Bahia foi o vencedor por oferecer melhores vantagens fiscais para a empresa. A descentralização cooperativa aquela onde há a repartição de obrigações e onde há participação conjunta para a formulação e implementação de alguma política. (CAVALCANTE, 2011). Há dificuldades na implementação das políticas na descentralização cooperativa, pois a agenda governamental federal com suas estruturas e especificidades podem não estar compatíveis com a agenda governamental estadual ou municipal, havendo dessa forma conflitos.

A descentralização não possui somente a visão de participação popular e autonomia das subnacionais, mas também como uma questão de delegação de responsabilidades. A descentralização segundo Cavalcante (2011, p. 1784): "[...] não envolve apenas transferência de poder, autoridade e responsabilidade entre os níveis e esferas de governo, mas também a repartição de autoridade e recursos na modelagem das políticas públicas dentro da sociedade".

A descentralização envolve a ampliação da *accountability*, a alocação de recursos, aumento da participação da comunidade e repasses estatais. Contudo, outras questões podem

ter efeitos negativos e muitas vezes perversos, como: "Disparidade regional e baixa qualidade na prestação dos serviços, corrupção, perda de economia de escala, danos à responsabilidade fiscal, entre outros". (CAVALCANTE, 2011, p. 1785)

Esse caráter negativo dado ao federalismo brasileiro por sua não efetividade com as políticas públicas está arraigado com características da política regulada, a descentralização que seria uma conquista política fica sendo vista como aliada da centralização do poder de decisão, algo bem contraditório, pois ignora as desigualdades regionais e a relação vertical entre as esferas da federação. A Arretche (2010, p. 610) faz uma distinção entre políticas reguladas e não reguladas a partir da descentralização:

reguladas: aquelas nas quais a legislação e a supervisão federais limitam a autonomia decisória dos governos subnacionais, estabelecendo patamares de gasto e modalidades de execução das políticas.

não reguladas: aquelas nas quais execução das políticas (*policy-making*) está associada à autonomia para tomar decisões (*policy decision-making*).

A diversidade de políticas encontra no federalismo um ambiente propício para atuarem diferentemente. Deve-se levar em consideração a ampla gama de políticas públicas no Brasil, a partir da distinção entre quem formula e quem executa, o que evidência o caráter distinto e desigual de como as ações serão implementadas, a regulação federal sobre o gasto dos diferentes locais também seria realizado de maneira distinta.

A escolha política dificulta o processo da política distributiva, visto que os repasses tendem a ficar centralizados no poder regional e não no local, desta forma a descentralização a esfera estadual não alcançaria a redistribuição ocasionando e mantendo desigualdades locais. Outras críticas seria o fator de produzirem relacionamentos clientelistas na execução do gasto e dos governantes aderirem às pressões de firmas e empresas em detrimento dos cidadãos mais empobrecido. (ARRETCHÉ, 2010). O que evidencia um caráter de dominação e exploração de classes.

Sobre o centralismo na esfera federal observa-se um processo de argumentação contrária aos municípios destacando elementos como incapacidade e corrupção local, muitos governantes destacam a descentralização como fundamental, contudo somente no processo de execução das políticas, pois o processo de decisão teria que estar focalizado em quem mais possuiria competência para tal, o que caracteriza um fator preconceituoso e discriminatório sobre a capacidade do âmbito local, sendo que quem convive com os problemas e fatores que necessitem de implementação de ação são aqueles inseridos e que mais se enquadrem no ambiente local.

Em suma, além de um sentimento comum de pertencimento a uma única comunidade nacional (conceito de nação), a desconfiança na disposição das elites locais para implementar e respeitar os direitos dos cidadãos pode ser uma poderosa fonte de centralização da autoridade política, mesmo em estados federativos. Nestas circunstâncias, mesmo elites progressistas favoráveis à descentralização da execução de políticas públicas tendem a preferir que o governo central regule o modo como estas políticas serão implementadas, de modo a amarrar as mãos de governadores e prefeitos que, se supõe, possam pretender converter os recursos recebidos em políticas conservadoras, corruptas ou clientelistas. (ARRETCHE, 2010, p. 596)

O que distingue a política de quem executa e de quem toma as decisões. No Brasil, isso é altamente contraditório, pois na promulgação da Constituição se celebraria a autonomia das subnacionais, contudo, pode-se dizer que a União é quem possui características de tomada de decisão sobre os gastos, tributos e alocação de recursos. Evidenciando um caráter de políticas não reguladas na federação brasileira.

Existem vertentes que defendem teorias positivas como a economia moderna e a do bem-estar-social que colocam a descentralização como um processo de *accountability*, transparência pública, uma forma de controle da corrupção e incentivo ao crescimento econômico, contudo não evidenciam a realidade advinda desta problematização, pois as disparidades regionais, desigualdades sociais não foram a questão central a ser resolvida e o próprio processo de corrupção não foi alvo de grandes mudanças estruturais. (RODDEN, 2005).

As consequências da descentralização foram diversas, no sentido de que previa a tomada de decisão internamente, contudo seu processo refletiu e reflete um longo processo de negociação a chegada de um consenso. Na Federação brasileira uma das competências da União é concorrente, logo sugere uma gestão compartilhada com as outras esferas, muitas vezes aliada ao centralismo.

Estados Federativos com métodos de federalismos e descentralização não provocam mudanças estruturais significativas, pois há uma competição por poder que por muitas vezes o centraliza no governo central, onde este detém prioridade nas suas preferências de como fazer política em detrimento de instituições políticas de baixa resistência. Apesar das subnacionais possuírem agendas próprias, a implementação da agenda federal pode prevalecer, o que se verifica no Brasil é que cada subnacional que apresente uma agenda diferenciada mesmo assim tende a cumprir a agenda federal. Todavia para que as subnacionais venham a aderir à

agenda federal há de haver pactos e parcerias intergovernamentais para se chegar a um consenso, para que as esferas estaduais e municipais não vetem o projeto federal e nem a esfera federal deixe de investir nas esferas locais.

Capítulo III- O Financiamento e a retirada dos recursos da política de saúde

Os Gastos Tributários são aqueles destinados a uma classe específica, podem ser realizados no sentido de desonerar a partir de isenções ou diminuição do valor do tributo de forma indireta, "aparecem no sistema tributário por meio de isenções, deduções, abatimentos, imunidades, presunções creditícias e outros benefícios de natureza tributária, reduzindo a arrecadação potencial do tributo". (SALVADOR; TEIXEIRA, p.4, 2013).

Ou seja, o termo "Gasto Tributário", está relacionado com as despesas indiretas, que por sua vez, esta relacionada com o incentivo a produção e reprodução do capital, fazendo com que o Estado deixe de investir em políticas públicas, pela não arrecadação do tributo, abstendo-se de receitas, ao mesmo tempo em que incentiva medidas com o intuito de proteção ao capital por meio de isenções e renúncias tributárias a alguns setores específicos. (SALVADOR; TEIXEIRA, 2013). "A maior parte das leis tributárias criavam benefícios, dirigidos a segmentos industriais e econômicos prioritários, buscando aumentar a competitividade da produção nacional e incentivar os investimentos produtivos". (ANFIP, p. 22, 2012).

A desoneração é a dedução da alíquota do valor que deveria ser pago ou a destituição e desobrigação de arcar com os valores de tributos ao Estado, o que ocasiona vantagens e benefícios, principalmente ao setor produtivo, com a desoneração, conseqüentemente haverá a renúncia tributária, em que acumulam distorções, pois dão vantagens econômicas, como isenções fiscais, a grandes corporações, e retiram ao mesmo tempo as alíquotas com destinação em políticas e programas sociais, fazendo com que o maior ônus na carga tributária seja destinado a população mais pobre e a classe média a fim de compensação do valor não incorporado ao orçamento público.

3.1 O Financiamento e as Desonerações que afetam o orçamento da Saúde

Como demonstrado no capítulo 2 na tabela 2 e na própria tabela 5 deste capítulo, o Orçamento da União em 2012 foi de R\$ 1.222.303,32, cerca de 70% do total de toda a arrecadação de todas as esferas de governo no mesmo ano. Sendo esta arrecadação distribuída entre o Orçamento Fiscal e Demais orçamentos e o próprio Orçamento da Seguridade Social.

Tabela 5- Receita Tributária por tributo das esferas federativas - 2008 a 2012-
Em R\$ milhões, deflacionados pelo IGP-DI (médio), a preços de 2013.

Tributo	2008	2009	2010	2011	2012
Total da receita tributária	1.527.403,16	1.414.173,78	1.628.401,83	1.784.948,92	1.770.220,34
Tributos da União	1.061.752,04	974.830,14	1.144.380,66	1.250.277,03	1.222.303,32
Orçamento Fiscal	401.070,84	341.957,27	395.812,71	446.551,63	427.518,74
IR	281.062,50	249.612,36	274.069,36	311.517,68	297.930,53
Pessoas Físicas	20.115,04	17.660,27	20.883,55	24.935,20	25.031,34
Pessoas Jurídicas	114.516,82	100.991,91	106.126,67	115.657,13	103.700,05
Retido na Fonte	146.430,63	130.960,17	146.109,15	170.925,34	169.199,13
IPI	53.517,51	36.252,31	48.029,11	50.274,79	47.855,26
IOF	29.413,45	25.204,64	34.226,27	39.039,12	34.849,64
Imposto sobre o Comércio Exterior	24.941,32	20.826,21	27.202,02	32.646,80	34.947,55
Taxas Federais	5.991,74	5.399,60	6.231,70	6.913,78	5.765,21
Cota- Parte Ad. Fr. Ren. Mar. Mercante	3.361,24	1.980,79	3.024,96	2.995,33	3.235,52
Contrib. Custeio Pensões Militares	2.206,40	2.204,41	2.407,46	2.471,11	2.249,84
ITR	576,64	542,47	621,79	692,99	685,15
Orçamento Seguridade Social	547.925,36	521.333,07	602.453,39	663.154,04	655.480,44
Contribuição para Previdência Social	238.242,22	238.686,82	273.093,25	300.168,12	308.028,42
COFINS	172.723,39	152.464,13	181.374,96	201.080,31	196.324,90
CSLL	60.763,61	56.629,82	48.907,70	71.487,40	62.516,83
PIS/PASEP	44.229,76	40.428,68	52.243,34	52.266,36	52.111,06
Contrib. Seg. Soc. Servidor Público CPSS	23.434,72	24.270,85	26.823,04	27.585,00	25.832,82
Contrib. s/ Receita de Concursos e Progn.	2.987,52	3.274,30	4.053,85	4.164,89	4.230,69
Contrib. Partic. Seguro DPVAT	3.368,71	3.404,57	3.645,84	3.988,13	3.955,27
Contrib. Rural	1.209,44	1.076,24	1.192,86	1.301,50	1.351,97
Fundo Saúde Militar	970,32	1.097,59	1.118,51	1.112,29	1.131,80
Demais	112.746,35	111.539,78	125.970,48	140.571,34	139.304,13
FGTS	73.676,38	74.977,27	82.786,35	91.477,13	96.474,01
Salário Educação	12.799,70	12.572,71	14.232,36	16.001,53	16.610,09
Contrib. para o Sistema S	11.414,19	11.175,78	12.735,60	14.228,96	15.198,51
CIDE Combustíveis	8.644,43	6.440,61	9.997,09	10.919,69	3.236,42
CIDE Remessas	1.337,08	1.501,63	1.560,50	1.838,74	2.206,25
Outras Contrib.	2.522,36	935,12	1.081,19	1.720,65	1.148,42

Federais					
Contra. s/ Rec. Empr. Telecomunicações	1.553,72	1.434,80	1.527,14	1.701,57	1.708,84
Receita da Dívida Ativa	-249,36	820,20	732,80	1.136,80	1.687,88
Contrib. S/ EnergiaElet.	611,09	1.269,09	844,43	1.007,22	1.004,30
Cota-Parte Contrib. Sindical	436,69	412,53	472,96	539,24	535,08
Tributos dos estados	387.359,78	362.331,51	414.451,25	436.172,48	445.464,68
ICMS	322.623,29	298.374,81	345.178,37	362.716,30	368.226,91
IPVA	24.838,14	2.757,14	27.514,68	29.411,52	30.388,80
ITCD	2.171,92	2.198,60	3.242,25	3.374,32	3.830,44
Contrib. Regime Próprio Previd. Est.	18.489,88	15.665,57	17.096,67	17.477,47	18.079,11
Outros tributos	19.236,53	19.734,31	21.419,26	23.192,83	24.939,39
Tributos dos municípios	78.300,80	77.069,30	89.741,00	98.499,40	102.452,32
ISS	36.485,86	35.950,38	42.299,67	46.990,84	49.864,64
IPTU	19.755,20	6.400,76	22.096,29	23.588,28	23.805,18
ITBU	6.306,83	5.960,17	7.624,01	8.990,52	9.450,90
Contrib. Regime Próprio Prev. Mun.	5.662,29	5.681,87	6.562,18	7.348,56	7.643,49
Outros tributos	10.090,60	9.911,96	11.131,81	11.581,18	11.688,10

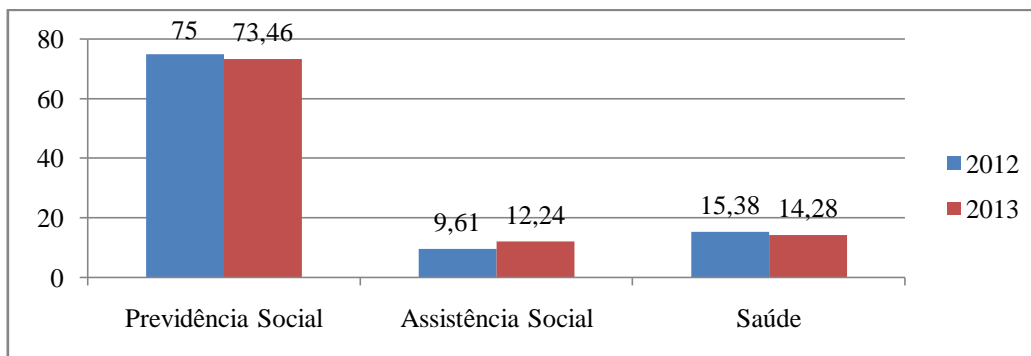
Fonte: Receita Federal

Elaboração: Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros (CETAD)

A arrecadação dos municípios chegou, de acordo com a tabela 5 no ano de 2012, a 5,79% do total do montante arrecadado pelas esferas, e os estados arrecadaram 25,16%. A arrecadação tributária no âmbito dos estados e municípios são inferiores ao que é arrecadado pela União, no ano de 2012 estes possuíram cerca de 30% da arrecadação, daí vêm a importância das transferências da União e dos próprios estados para os municípios, sendo que o FPE e FPM devem ser relacionados para a busca de autonomia regional e local, e para amenização das disparidades regionais. A Lei Complementar nº 141 de 2012 irá regulamentar a forma como se dará o gasto em saúde, pelas esferas federativas, e as transferências intergovernamentais, como o descrito no Quadro 1, do capítulo 1.

A arrecadação das contribuições sociais do Orçamento da Seguridade Social no ano de 2012 representou mais de 50% do orçamento da União. Como o Orçamento da Seguridade Social é dividido entre Saúde, Previdência Social e Assistência Social, nota-se que a maior parte do orçamento vai para a Previdência Social, com 75% dos recursos, sendo 15,38% destinado ao Fundo Nacional da Saúde no ano de 2012 e 14,28% no ano de 2013, como o demonstrado no gráfico 1.

Gráfico 1. Proporção da repartição dos recursos entre as Políticas de Previdência Social, Assistência Social e Saúde, no ano de 2012 e 2013.



Fonte: TCU, análise de despesa 2012 e 2013.

Elaboração: própria.

No valor dos principais impostos da Seguridade Social, como o COFINS, o PIS/PASEP e o CSLL vêm diminuindo o seu valor, a partir de desonerações e das renúncias tributárias.

Tabela 6- Desonerações e Renúncias tributárias no ano de 2011 e 2012 Deflacionados pelo IGP-DI (médio), a preços de 2013.

Contribuição	2011		2012	
	R\$ bilhões	%PIB	R\$ bilhões	%PIB
CSLL	7,101	0,2%	7.594	0,1%
PIS/PASEP	8,176	0,2%	8.610	0,2%
COFINS	42,757	0,9%	44,070	0,9%
RGPS	22,703	0,5%	26.257	0,5%
Desoneração da Folha			0,092	0,0%
TOTAL	80,739	1,7%	86.573	1,7%

Fonte: ANFIP e Fundação ANFIP

Elaboração: ANFIP

Se relacionarmos o gráfico 1 e a tabela 6 vemos que o valor retirado no ano de 2012 acarretou implicações negativas na execução das políticas sociais, principalmente naquelas em que há menor valor de recursos, como a Assistência Social e a Saúde. Diante a participação destes tributos desonerados e também diante a participação no financiamento a partir da proporção da repartição dos recursos, podemos estimar que dos R\$ 7,594 bilhões retirados do CSLL, implicou na retirada da Saúde de R\$ 1,167 bilhões. Já a COFINS que possui o maior valor das desonerações e renúncias tributárias, retirou cerca de R\$ 6,777 bilhões. As desonerações e renúncias tributárias no ano de 2012 destes tributos ocasionou na retirada de um total de R\$ 13,314 bilhões.

No ano de 2011 e 2012 houve um pequeno crescimento da economia, o que afetou drasticamente o Orçamento da Seguridade Social, pois medidas foram adotadas para salvar o

capital. As renúncias tributárias e as desonerações fiscais são estratégias de aplicação de recursos em investimentos e produções. (ANFIP, 2013).

O governo brasileiro adotou várias medidas em busca da construção de um cenário mais positivo para alavancar a produção. Os juros caíram, o crédito cresceu, a desoneração tributária alcançou vários setores, o governo buscou construir, vi a câmbio, relações mais favoráveis para a economia nacional. (ANFIP, 2013. p. 16).

Apesar do Brasil, não ter tido tanto impacto com a crise mundial ocorrida entre 2008 e 2009, em que vários países decretaram situação de emergência, com alto número de desempregados e com o governo se endividando cada vez mais para salvar os bancos, ainda teve impactos negativos nas políticas sociais. Visto que o Estado abaixando os juros significa que incentiva o mercado a continuar produzindo, com contratações empregatícias e incentivo ao consumo, ao mesmo tempo em que perde com os juros reduzido, refletindo drasticamente na execução das políticas sociais, já que os recursos dos impostos possuem a destinação de financiarem estas políticas. (ANFIP, 2013).

Para o cumprimento da Carta Magna, a União deve transferir para Estados, DF e Municípios parte de suas receitas e recursos, como o elencado no artigo 159, inciso I da Constituição federal de 1988.

Quadro 3- Transferência Constitucional da União, aos estados, DF e municípios de acordo com o art. 159.

48% do IR e sobre proventos de quaisquer natureza e do IPI	21,5% ao FPE
	22,5% ao FPM
	3% para o financiamento do setor produtivo do Norte, Nordeste e Centro-Oeste
	1% ao FPM entregue no decêndio do mês de dezembro
IPI	10% aos estados e DF, proporcionalmente ao valor das respectivas exportações
CIDE	29% aos Estados e DF

Fonte: Constituição Federal

Elaboração: própria

Os Estados deverão repassar aos municípios no mínimo 25% dos recursos recebidos. Nenhuma parcela poderá ultrapassar a 20% do montante da arrecadação de impostos sobre o IPI, se houver ultrapassagem deste valor deve ser dividido entre as subnacionais de maneira que esteja de acordo com o critério de partilha. A própria Constituição incentiva a competição entre as subnacionais regionais, pois a parcela do IPI será repartida de acordo com o valor das respectivas exportações. (BRASIL, Constituição federal de 1988, art. 159, parágrafo 2º, de 1988, 2012).

As várias renúncias e isenções fiscais para o estímulo a produção econômica, para o pagamento da dívida pública e para o pagamento dos juros da dívida pública, afetam os repasses realizados da União aos entes federativos, como o demonstrado na tabela 7.

Tabela 7- Execução Tributária do IPI, IR e CIDE repassado aos estados, DF e municípios no ano de 2011, 2012 e 2013. Deflacionados pelo IGP-DI (médio), a preços de 2013.

Ano	IPI	IR	CIDE
2011	50.192.534.704,58	282.194.582.117,34	2.573.926.024,41
2012	47.855.271.247,30	264.917.455.271,26	1.256.768.126,08
2013	45.303.659.798,40	275.403.838.069,77	60.805.321,01

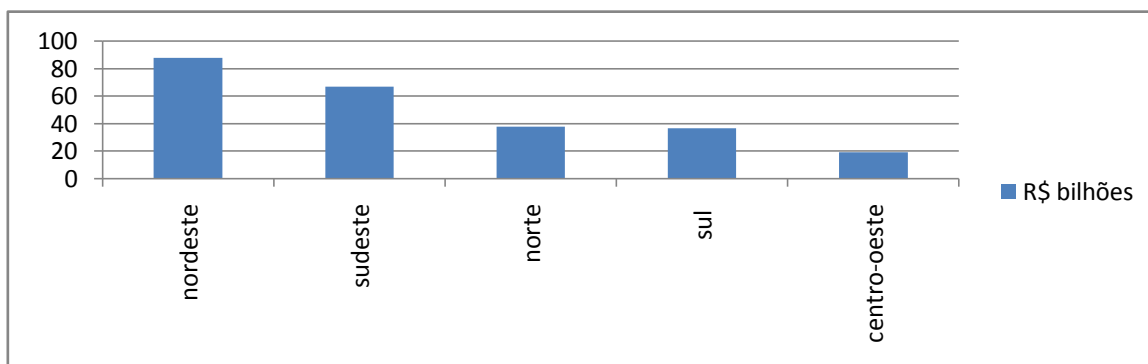
Fonte: Receita Federal

Elaboração própria

O Decreto 7.764 de 12 de junho de 2012, alterou o Decreto 5.060 de 30 de abril de 2004, isentando as alíquotas da Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico (CIDE), sobre a comercialização do petróleo e gás natural e seus derivados e álcool etílico, como o evidenciado na tabela, essa isenção acarreteu a minoração dos cofres públicos dos estados e DF, o que é facilmente notado na tabela acima, é que esse valor ultrapassa mais de R\$ 2 bilhões, nos três anos.

Entre os anos de 2008 a 2013 estima-se que houve a desoneração de R\$ 453,3 bilhões do IPI e do IR, o que favoreceu o crescimento da economia e desfavoreceu os fundos constitucionais e de participação das subnacionais. (TCU, 2013).

Gráfico 2- Estimativa de valores não repassados em decorrência da desoneração do IPI e IR- 2008 a 2013



Fonte e Elaboração: TCU

Em 1996 com a criação de Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério (FUNDEF), também houve uma diminuição parcial dos FPE, FPM, do ICMS e do IPI- exportação, retirando cerca de 15% dos recursos do FPE e

do FPM. Em 2006 o FUNDEF foi substituído pelo Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Básico e Valorização do Magistério (FUNDEB), que não deixou de utilizar parte das receitas dos FPE e FPM, mas incorporou novas transferências intergovernamentais.

A criação do FUNDEF e FUNDEB foi um avanço para o gasto com a educação, contudo a porcentagem retirada dos fundos dificulta o poder de autonomia estatal, municipal e distrital, para a tomada de decisão. Há uma centralização do poder em âmbito federal em prol do processo de descentralização conquistada na Constituição de 1988, para um maior poder de decisão das subnacionais.

A tabela 8 apresenta a transferência da União para as subnacionais, por região geográfica, aos fundos de participação estadual e municipal.

Tabela 8 - Transferência da União por regiões para os Fundos de Participação nos anos 2012 e 2013 Deflacionados pelo IGP-DI (médio), a preços de 2013.

Fundo de Participação dos Estados (FPE)		
	2012	2013
Centro-Oeste	3.997.077.585,55	4.056.166.781,12
Nordeste	29.229.228.853,11	29.661.327.917,75
Norte	14.137.714.454,97	14.346.718.167,49
Sudeste	4.726.483.507,46	4.796.355.658,65
Sul	3.631.873.123,07	3.685.563.522,54
Total	55.722.377.528,70	56.546.132.047,58
Fundo de Participação dos Municípios (FPM)		
Centro-Oeste	4.406.863.227,62	4.484.597.113,62
Nordeste	22.008.320.815,52	22.127.640.859,63
Norte	5.263.586.801,87	5.540.100.004,78
Sudeste	19.123.382.950,30	19.469.290.200,10
Sul	11.875.915.148,16	10.837.902.746,00
Total	61.548.595.236,22	62.458.933.682,50

Fonte: STN, Fundo de Participação dos Estados e Fundo de Participação dos Municípios

Elaboração própria

Já descontado 15% do FUNDEB

Chama a atenção na tabela 8, a partir da análise dos fundos de participação nos anos de 2012 e 2013, é o valor mais alto para a região Nordeste. Isto deve-se ao fato de que a divisão para os recursos do FPE e FPM deve ser também instrumento de combate as desigualdades e disparidades regionais. Nesse sentido a Lei Complementar n° 62 de 1989, instituiu que 85% dos recursos do FPE deveriam ser aplicados no Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e os outros 15% alocados no Sul e Sudeste. (BRASIL, Lei Complementar n° 62 de 1989, 2013).

Já o FPM obedece ao critério de partilha de acordo com os resultados do Censo realizado pelo IBGE, sendo atribuídos 10% aos municípios capitais dos estados, e 90% aos municípios que não são capitais, levando em consideração o percentual da população municipal e a renda per capita. (BRASIL, Lei 5172 de 1966, 2007). Apesar dos critérios de partilha para os recursos do FPM visarem amenização de desigualdades, ainda sim, municípios empobrecidos do Norte e Centro-Oeste podem ser desproporcionalmente prejudicados pelo sistema de partilha, pois o próprio art. 159 da CF, favorece a destinação dos recursos ao Nordeste no valor das transações.

3.2 Gastos com a política de saúde

O gasto com a saúde é um fator que é necessário para a busca da proteção social da população, sendo um direito da sociedade e dever do Estado na garantia da promoção e recuperação da saúde. A tabela 9 evidencia o gasto da União com a saúde.

Tabela 9- Dotação e Despesa do Ministério da Saúde 2011 à 2013.

Em R\$ mil, deflacionados pelo IGP-DI (médio), a preços de 2013.

Ano	Dotação autorizada	Despesa empenhada	Despesa liquidada	Despesa paga
2011	207.514.447,78	107.366.324,87	107.218.044,87	106.967.557,23
2012	194.348.911,25	106.444.540,68	106.325.168,88	106.242.031,33
2013	202.834.384,06	167.038.338,13	107.349.115,54	106.644.955,95

Fonte: SIAFI

Elaboração: própria

Segundo o Decreto 4.320 de 17 de março de 1964, dotação autorizada é o limite a ser repassado para o atendimento de determinada obrigação. Despesa empenhada é a obrigação do Estado no pagamento, não podendo esta ser realizada sem o devido empenho, a despesa paga é aquela que foi paga até o dia 31 de dezembro do mesmo ano, se o valor não for repassado até esta data entrará em despesas não pagas; e a despesa liquidada é o direito das subnacionais receberem o valor comprovado mediante documentação, informando a importância de recebimento daquele valor.

Da dotação autorizada não houve o repasse para a despesa a ser empenhada de cerca de R\$ 100 bilhões no ano de 2011, cerca de R\$ 87 bilhões no ano de 2012, e R\$ 35 bilhões no ano de 2013. A tabela 5 demonstra o valor da arrecadação tributária da União, a tabela 9 demonstra o quanto o Ministério da Saúde investiu em saúde, no ano de 2012 a arrecadação

foi de R\$ 1, 222 trilhões, e o investimento na saúde no mesmo ano na despesa paga foi somente R\$ 106,242 bilhões.

A tabela 10 demonstra o valor repassado para as subnacionais. Da despesa empenhada nos três anos contrastando com a tabela 9, percebe-se que mais de 190 bilhões de reais não foram pagos para a execução da política de saúde.

Tabela 10- Recursos Repassados da União para Estados, DF e Municípios no ano de 2011 à 2013.

Em R\$, deflacionados pelo IGP-DI (médio), a preços de 2013.

Ano	Estados	Municípios	Prestador	TOTAL
2011	18.113.851.494,22	42.754.024.548,08	3.160.706.972,80	64.028.583.015,11
2012	18.548.943.501,18	42.619.721.828,69	3.690.996.004,90	64.859.661.334,78
2013	17.258.470.140,25	41.511.462.725,56	6.146.281.405,28	64.916.214.271,11

Fonte: FNS.

Elaboração Própria.

Prestador são os repasses realizados a pessoas jurídicas de Direito Privado para a execução dos serviços em saúde.

A visualização da tabela 10, evidencia o valor que é repassado do Fundo Nacional da Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, contrastando com a tabela 9, percebe-se que a maioria dos valores autorizados não são repassados, da despesa paga em 2013 os repasses realizado pelo Ministério da Saúde, aos fundos municipais, estaduais e ao prestador de serviços de saúde, evidência cerca de 61% do valor de sua receita.

Tabela 11- Dotação e Despesas dos estados e DF com ações e serviços de saúde, 2011 à 2013.

Em R\$, deflacionados pelo IGP-DI (médio), a preços de 2013.

Ano	Dotação Atualizada	Despesa empenhada	Despesa liquidada	Despesa Paga
2011	79.164.071.694,20	72.245.472.077,13	70.283.662.129,83	61.178.591.048,15
2012	77.537.720.228,58	71.740.467.282,30	69.608.283.129,29	63.934.334.071,54
2013	81.573.556.658,11	77.152.788.365,24	74.214.395.337,77	-----

Fonte SIOPS.

Elaboração própria.

Nem todos os estados transmitiram as despesas pagas no ano de 2013.

No ano de 2011, da despesa liquidada à paga nota-se que mais de R\$ 9 bilhões não foram pagos, e no ano de 2012 esse valor ficou em mais de R\$ 5 bilhões. Como já visto no caso do gasto da União com a Saúde, a dotação autorizada não é aquela realmente paga, sendo

o valor bem inferior ao que foi autorizado, assim também ocorre com relação aos estados e ao DF.

Os gastos em saúde no Brasil são insuficientes. Somando-se as despesas nas três esferas, chega-se a 3,7% do PIB. Segundo estudos da Organização Mundial de Saúde- OMS, para um financiamento adequado de um sistema de cobertura universal como o brasileiro, seria necessário quase o dobro. [...] Dados da Organização Pan Americana de Saúde indicam países onde sequer há cobertura universal e que gastam muito mais, como EUA (7,8%), Canadá, (7,5%), México (4,9%), Argentina (4,6%), Chile (4%), Uruguai (9%). (ANFIP, 2013, p. 77).

Essa diminuição não chega à suficiência que o gasto na saúde requer, até mesmo países que não possuem um sistema universal demonstram maior gasto nesta política, o que acaba sendo algo contraditório, pois o Brasil, ao mesmo tempo em que promove a política de universalização da saúde com vários princípios que enriquecem a forma como se dará a execução, ainda é algo fora do real contexto da execução desta política por falta de financiamento. A Lei Complementar nº 141 de 2012, apesar de instituir o mínimo a ser alocado, acaba sendo insuficiente. As desonerações fiscais e o não repasse do valor empenhado à execução interferem no efeito e na forma como se dará a política nas diferentes subnacionais.

3.3 Fatores da diminuição do gasto na Saúde

Há um domínio dos recursos públicos pelo capital financeiro, fator que é evidenciado pelo Estado aderir mais as políticas neoliberais do que as políticas de proteção social. A diminuição do gasto na saúde se dá por fatores que favorecem a política econômica, as isenções fiscais, medidas adotadas pelo governo federal, não possuem somente a categorização de beneficiar parte da população para o consumo, mas atua de forma a favorecer a economia a conter a crise do capital. Incentivar o consumo reduzindo impostos ou renunciando tributos significa defender a lógica de produção e acumulação capitalista. (SALVADOR; TEIXEIRA, 2014).

Essas desonerações fiscais favorecem o capital e desfavorecem o financiamento das políticas sociais, afetando diretamente o Orçamento da Seguridade Social, pois contribuições como o COFINS, o CSLL, e o PIS/PASEP são alvos de renúncias fiscais. (SALVADOR; TEIXEIRA, 2014).

Até mesmo contribuições que integram recursos e receitas do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) são alvos da redução dos impostos, é comum o governo reduzir o IPI, para compra automotiva e de eletrodomésticos, assim como a redução do IR das parcelas dos empregadores, reduzindo a autonomia estatal e municipal, visto que dependem dos fundos para investirem em políticas sociais. O Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica (FUNDEB) também perde, pois 15% de suas receitas advém dos fundos de participação, seja municipal ou estadual, assim como a própria a saúde, que tem o mínimo a ser aplicado de 12% pelos estados e 15% dos municípios. (SALVADOR; TEIXEIRA, 2014).

Um dos instrumentos utilizados pela União para a desvinculação dos recursos financeiros é a Desvinculação de Recursos da União (DRU), criada em 1994, podendo transferir até 20% dos recursos ao Orçamento Fiscal, retirados tanto do Orçamento da Seguridade Social, como ao da própria política de educação.

"O mecanismo é muito simples: a Constituição determina que 18% dos recursos arrecadados em impostos sejam aplicados em Educação, mas este valor é calculado após a retirada dos recursos da DRU. [...] em vez dos 18% [...] são aplicados 13% na educação. (SALVADOR, 2008, p. 321-322).

Na Seguridade Social, alguns dos tributos que são alvos da DRU, segundo a Emenda Constitucional nº 42 de 19 de dezembro de 2003, são a COFINS, a CSLL, Contribuição de Concursos de Prognósticos e Contribuições Previdenciárias para o Regime Geral de Previdência Social. "Os recursos desvinculados da seguridade social pela DRU têm participação relevante na composição do Superávit Primário". (SALVADOR, 2007, p. 328). Indo estes desvios para o financiamento da dívida pública.

A DRU, desde 1994, vem diminuindo os recursos da Saúde. O plano para o aumento do gasto na Saúde foi criar a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) em 1996, e implementada em 1997, contudo não foi o suficiente para atingir as demandas que a Saúde necessitava. Em 2001 a CPMF não seria mais a fonte exclusiva da Saúde, passaria a integrar o fundo da Previdência. O que descaracterizou a forma de financiamento desta política, visto que as retiradas de receitas pela DRU e a retirada do imposto que tinha por finalidade suprir o gasto em Saúde, também seria vinculada a outra política. (DAIN, 2007).

Dito de outra maneira, o excedente de recursos extraído da seguridade social variou entre R\$ 12,4 bilhões, em 2001, e R\$ 26,5 bilhões, em 2005, até mesmo acima do limite de 20% legalmente autorizado pelo mecanismo da

Desvinculação de Recursos da União (DRU). O superávit retirado da seguridade para fins de ajuste fiscal excedeu o gasto anual com saúde ao longo do período 2000 a 2005. (DAIN, 2008, p. 6)

A DRU é um dos instrumentos utilizados pelo governo federal para o pagamento da dívida pública, outro instrumento criado no âmbito do ajuste fiscal foi a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), criada no governo FHC, pela Lei Complementar nº 101 de 4 de maio de 2000. A LRF tem por objetivo limitar os gastos e despesas, para investir no pagamento dos juros da dívida pública.

As modificações dos parâmetros nas regras de como se daria o gasto e o controle das contas públicas, que possui como nomenclatura a "disciplina fiscal" impõe às subnacionais, incluindo a União e os órgãos dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, o planejamento de como gerir e aplicar os recursos públicos, propondo metas para que haja o equilíbrio das contas públicas, ou seja, equilíbrio entre receitas e despesas, não podendo ter déficits primários, os gastos não podem sobressair à arrecadação, fazendo com que a própria lei acabasse priorizando o pagamento da dívida pública. (SODRE, 2002). Essa lei foi criada de acordo com o que o Fundo Monetário Internacional (FMI) impunha.

O acordo do FMI com o Brasil, firmado após as eleições de 1998, implicou empréstimos no valor de US\$ 41 bilhões, impondo séries de condições na política macroeconômica no país, destacadamente a geração de superávits primários, ou seja, a realização de poupança primária no orçamento para honrar o pagamento dos juros da dívida. (SALVADOR, 2008, p. 329-330).

Essa economia financeira realizada através desta lei para o pagamento dos juros da dívida, ainda não seria o suficiente para o pagamento, visto que os altos juros acabam aumentando a dívida estatal. Se ocorrer déficits primários ou se a arrecadação for menor do que o previsto, as subnacionais, incluindo a União, podem utilizar um dos princípios consagrado na LRF que é a compensação, que possuem liberdade de medidas de aumento de impostos e instituição de novos tributos, inclusive alguns tributos da Seguridade Social. (SODRE, 2002).

A LRF no seu artigo 24, sobre a Seguridade Social, inicia no caput que não pode criar outros tipos de benefícios ou gastos sem a devida fonte de custeio, algo que é colocado pela própria Constituição federal de 1988, contudo, vemos em seus incisos dispensa a compensação de "I- concessão de benefícios a quem satisfaça as condições de habilitação; II- expansão quantitativa do atendimento e dos serviços prestados; III- reajustamento do valor do benefício ou serviço a fim de preservar seu valor real". (Lei Complementar nº 101 de 2000,

2014). Algo contraditório visto que há de haver compensação em valores a fim de ajuste fiscal, mas não há esta necessidade no âmbito da Seguridade Social, para atingir a meta de superávit primário não importa se haverá contingenciamentos das despesas dos gastos sociais. (SALVADOR, 2008).

Até mesmo as renúncias de receitas realizadas pelos entes para o incentivo do capital, incentivando a produção e o consumo, segundo o artigo 14 da LRF, não devem afetar as metas e resultados fiscais para o pagamento dos juros da dívida pública. O que não significa que as receitas das políticas sociais não devam ser diminuídas o seu valor, sendo estas as que mais sofrem impactos negativos no seu financiamento.

A política fiscal passa a ser essencial na estratégia de atração de instituições financeiras e dos fluxos de capitais exigidos no financiamento do balanço de pagamentos como modelo de integração da economia mundial, comandado pelo mercado e pela possibilidade de inclusão do Brasil como espaço alternativo de valorização do capital financeiro [...] a política econômica é guardiã da expectativa de rentabilidade de capitais estrangeiros, e a realização de superávits primários para honrar o pagamento de juros da dívida é um dos atrativos para o capital externo, ou seja, amenizar ao capital portador de juros o risco de apostar no mercado brasileiro. (SALVADOR, 2008, p. 331).

A Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) irá instituir as metas fiscais que deverão ser atingidas, caso ocorra de estas metas não serem atingidas haverá ajustes nas despesas, inclusive naquelas da seguridade social, a contradição é que este ajuste nas despesas poderá ser relacionado sem a aprovação parlamentar, enquanto qualquer tipo de melhoria no serviço público que ocasione despesa deve passar pelo parlamento. (SALVADOR, 2008).

As políticas sociais, de educação e da própria seguridade social não foram as únicas afetadas pela LRF, as despesas com investimentos e gastos com pessoal também sofreram forte limitação de gastos, o que compromete o bem-estar social da população, pois há uma diminuição da eficácia do serviço público. O capital financeiro é quem dita às regras das finanças públicas, desfavorecendo o Estado em agir em prol de políticas públicas de caráter universal, eficiente e qualitativo.

Considerações Finais

A política de Saúde no âmbito da Seguridade Social promovida na Constituição federal de 1988 foi um grande avanço na universalização e democratização do acesso. A questão da descentralização na Constituição foi um fator fundamental na execução da política, visto que anteriormente era altamente centralizada na esfera federal, delegou alguns processos decisórios aos Conselhos e Conferências de Saúde, para que às subnacionais e à própria população pudessem ter a responsabilidade de participação na decisão de implementação, tipificando, desta forma o federalismo brasileiro como cooperado.

Contudo, diante de todo o processo de promoção desta política, a diminuição da participação das subnacionais é evidente, a criação das Normas Operacionais Básicas pelo Ministério da Saúde, órgão de âmbito federal, acabou sendo um fator que desresponsabilizou a autonomia local e regional no processo decisório, retornando ao caráter patrimonialista arraigado com uma tradição centralizadora, do tipo federalismo isolado.

Os Fundos de Participação Estadual e Municipal foram criados justamente para elevar os recursos das subnacionais para os gastos em políticas públicas de forma autônoma levando em consideração as particularidades do seu âmbito, em que estados como o Nordeste e o Norte, que necessitam de mais recursos por serem locais com maior empobrecimento populacional, viessem a ter a maior parte nestas cotas a fim de diminuição das disparidades regionais. Apesar da Constituição federal promover as formas de partilha das cotas, ainda sim haveria dificuldade de autonomia, pois a própria União, aquela que possui a competência de legislar as normas gerais, impõem a obrigação das subnacionais em alocarem o mínimo instituído por ela mesma para o gasto com saúde e educação.

Já que a União possui a maior arrecadação tributária esta tem o dever de repasse às subnacionais parte suas receitas, tanto o Constitucional destinado ao Orçamento da Seguridade Social, quanto àqueles relativos aos Fundos de Participação. O financiamento da política de Saúde demorou muito a ser regulamentada, em 2000 com a Emenda nº 29, aumentou os gastos na Saúde, mas ainda deixou o texto muito vago a interpretações, com isso foi criado a Lei Complementar nº 141 de 2012, vinte e quatro anos após a Constituição, que especificou os valores a serem pagos por estados e municípios. Os critérios de repartição do Orçamento da Seguridade Social, entre Saúde, Previdência Social e Assistência Social, ainda são muito vagos, pois a previdência é quem retira a maior parte dos recursos.

Os conflitos do financiamento, tanto das políticas da Seguridade, quanto os das próprias subnacionais, como a guerra fiscal, visto que os repasses realizados pela União não

são suficientes para cobrir as despesas e os novos gastos, são questões que interferem drasticamente na execução das políticas sociais. O federalismo promovido na Constituição federal como cooperado acaba sendo algo contraditório à realidade concreta advinda neste país, o federalismo competitivo se enquadraria mais na lógica atual.

As políticas neoliberais para a diminuição dos recursos tanto do Orçamento da Seguridade Social, quanto dos fundos de participação, se vêm em constante minoração orçamentária, em prol do aumento do superávit primário como o descrito no capítulo 3, as desonerações fiscais, as renúncias tributárias, a Desvinculação de Recursos da União e a Lei de Responsabilidade Fiscal, retiram bilhões de reais todos os anos, dificultando a execução destas políticas.

As retiradas destes recursos acabam sendo realizada de maneiras inapropriadas a retirada da DRU, por exemplo, já superou o mínimo exigido na lei. (SODRE, 2002). E a LRF não regulamentou formas de compensação da retirada do Orçamento da Seguridade Social, ao contrário do que acontece com o superávit primário.

Podendo o Estado aumentar impostos e tributos para atingir as metas do superávit primário, e quem paga mais por isso, são os mais pobres, pois o peso das contribuições os afeta mais do que a quem ganha mais. Sendo que os impostos indiretos são os que mais têm aumentos, e não os diretos, o que é algo contraditório, pois quem ganha mais deve pagar mais, a desoneração da folha de salários, contribuição dos empregadores é um exemplo disso. Além de serem prejudicados pelo aumento dos impostos também são prejudicados pela utilização das ações e serviços públicos, já que há diminuição de recursos.

O Estado prefere investir em ações de caráter neoliberal, com as ideologias de produção, consumo, privatização, e de desresponsabilização estatal, pois repassa as empresas privadas a execução de suas obrigações, destituindo a conquista a partir de mobilizações sociais para que estas fossem consideradas direitos sociais, de forma democrática e universal.

Não há promoção da descentralização, e não há um federalismo cooperativo, o que há é a União retendo o poder fiscal sobre si, e obrigando as subnacionais a aderirem as suas políticas, fazendo com que a priorização neoliberal tenha mais poder na arena decisória, e na destinação orçamentária.

Referências

- AFONSO, José Roberto Rodrigues; CASTRO, Kleber Pacheco de; SOARES, Julia Moraes. *Avaliação da estrutura e do desempenho do sistema tributário brasileiro*. Livro branco da tributação brasileira. Banco Interamericano de Desenvolvimento. 2013.
- ALVIM, Lúcia Teixeira. *Federalismo, descentralização e Política de Saúde*. Revista do Legislativo, Novo pacto. jan-març. pp. 50-58, 1999.
- ANFIP. *Análise da Seguridade Social 2012*. Associação Nacional de Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil e Fundação ANFIP de Estudos da Seguridade Social- Brasília, 2013.
- ARRETCHE, Marta. *Continuidades e descontinuidades da Federação Brasileira: de como 1988 facilitou 1995*. Vol.52, n.2, pp. 377-423, 2009
- ARRETCHE, Marta. *Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos?*. Vol.53, n.3, pp. 587-620, 2010
- ARRETCHE, MTS. *Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia*. São Paulo em Perspectiva; 18(2):17-26, 2004.
- ARRETCHE, Marta. *Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais*. Vol.45, n.3, pp. 431-458, 2002.
- AZEVEDO, Sérgio de e MELO, Marcus André. *A Política da Reforma Tributária: Federalismo e Mudança Constitucional*. Rev. bras. Ci. Soc. Vol.12, n.35, 1997
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social: fundamentos e história*. Biblioteca básica de serviço social; v. 2; 7.ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- BORGES, André. *Federalismo, dinâmica eleitoral e políticas públicas no Brasil: uma tipologia e algumas hipóteses*. Sociologias. Vol.12, n.24, pp. 120-157, 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília : CONASS, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro1.pdf > acessado em 15 de junho de 2014.
- BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 2013.
- BRASIL, Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal. Brasília, Diário Oficial da União, 14 de setembro de 2000.
- BRASIL, Decreto nº 4.320 de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. . Brasília, Diário Oficial da União, 23 de março de 1964.
- BRASIL, Decreto nº 5.060 de 30 de abril de 2004. Reduz as alíquotas da Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico incidente sobre a importação e a comercialização de petróleo e seus derivados, gás natural e seus derivados, e álcool etílico combustível (CIDE), instituída pela Lei no 10.336, de 19 de dezembro de 2001, e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União, 30 de abril de 2004, edição extra.

BRASIL, Decreto nº 5.172 de 25 de outubro de 1966. Dispõe sobre o Sistema Tributário Nacional e institui normas gerais de direito tributário aplicáveis à União, Estados e Municípios. Brasília, Diário Oficial da União, 31 de outubro de 1966.

BRASIL, Decreto nº 7.764 de 12 de junho de 2012. Altera o Decreto nº 5.060, de 30 de abril de 2004, que reduz as alíquotas da Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico incidente sobre a importação e a comercialização de petróleo e seus derivados, gás natural e seus derivados, e álcool etílico combustível - CIDE. Brasília, Diário Oficial da União, 25 de junho de 2012.

BRASIL, Lei 8.080 de 19 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. Brasília, Diário Oficial da União, 20 de setembro de 1990.

BRASIL, Lei complementar nº 62 de 28 de dezembro de 1989. Estabelece normas sobre o cálculo, a entrega e o controle das liberações dos recursos dos Fundos de Participação e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União, 29 de dezembro de 1989.

BRASIL, Lei complementar nº 101 de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União, 05 de maio de 2000.

BRASIL, Lei complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União, 16 de janeiro de 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. *Política de Saúde no Brasil. A Política de Seguridade Social Saúde*. In: CFESS/CEAD. Rio de Janeiro: UERJ/ DEPEXT/ NAPE, 2001.

CASTRO, Jorge Abrahão de. *Comentário a respeito do artigo: Financiamento e equidade em saúde- por um novo contrato social*. Revista o SER SOCIAL, Brasília, 2009.

CAVALCANTE, Pedro. *Descentralização de políticas públicas sob a ótica neoinstitucional: uma revisão de literatura*. Rev. Adm. Pública. Vol.45, n.6, pp. 1781-1804, 2011.

CURY, C. R. J. *Federalismo político e educacional*. In: FERREIRA, N.S.C.; Brasília, DF: Líber Livro, 2006.

DAIN, Sulamis. *Os impasses do financiamento fiscal do SUS*. Trab. educ. saúde [online]. vol.6, n.3, pp. 623-632, 2008.

DAIN, Sulamis. *Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração*. Ciênc. saúde coletiva [online]. Vol.12, suppl., pp. 1851-1864, 2007.

EUZÉBY, Alain. *Proteção Social, Pilar da Justiça Social*, In: SPOSATI, A (org). *Proteção Social de Cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil*. França e Portugal. São Paulo: Cortez, p. 11- 32, 2004.

FALEIROS, Vicente de Paula. *O que é Política Social*. 4ª Edição. Editora Brasiliense. Brasília, pp. 8-31, 1986

- FAGNANI, E. *Ajuste econômico e financiamento da política social brasileira: notas sobre o período 1993/1998*. Economia e Sociedade. pp.155-178, 1999.
- FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. *A vinculação Constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas*. Ciênc. saúde coletiva [online]. vol.8, n.2, pp. 371-378, 2003
- FLEURY, Sonia. *Financiamento e equidade em saúde- por um novo contrato social/ Financing and equity in health- for a new social contract*. Revista SER Social, Brasília, v. 11, n. 25, p.16-29, jul./dez, 2009.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. *As dimensões ético-políticas e Teórico-metodológicas do Serviço Social contemporâneo*. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2004.
- MARQUES, Rosa Maria. MENDES, Áquilas. *O SUS versus as diretrizes da política econômica*. SER Social, Brasília, v. 11, n. 25, p. 55-81- jul./dez. 2009.
- Ministério da Fazenda; Secretaria do Tesouro Nacional. Coordenação- Geral de Análise e Informações das Transferências Financeiras Intergovernamentais- COINT. Brasília, 2011.
- Ministério da Fazenda; Secretaria do Tesouro Nacional. Coordenação- Geral de Análise e Informações das Transferências Financeiras Intergovernamentais- COINT. Brasília, 2012.
- Ministério da Fazenda; Secretaria do Tesouro Nacional. Coordenação- Geral de Análise e Informações das Transferências Financeiras Intergovernamentais- COINT. Brasília, 2013.
- Ministério da Saúde. Gráfico comparativo por ano. Fundo Nacional de Saúde. 2011, 2012, 2013.
- NASCIMENTO, Sidnei Pereira do. *Guerra fiscal: uma avaliação comparativa entre alguns estados participantes*. Econ. Apl. [online]. Vol.12, n.4, pp. 677-706, 2008.
- OLIVEIRA, Vanessa Elias de. *Interações entre federalismo e políticas sociais*. Rev. Sociol. Polit. [online]. n.27, pp. 219-222. 2006.
- PIOLA, Sérgio et al. *Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo*. Brasília: IPEA, julho de 2013.
- PRADO, Sergio. *Transferências Fiscais no Brasil: O lado esquecido da reforma tributária*. 2003.
- PEREIRA, Potyara A. P. *Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania*. In: BEBRING, E.R e BOSCHETTI, I. (orgs). *Política social no capitalismo: tendências contemporâneas*. São Paulo: Cortez, 2008.
- REZENDE, F. *Finanças públicas e transferências intergovernamentais*. (org.). *Política fiscal e programação dos gastos do governo*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, 1976.
- RIBEIRO, Patrícia Tavares. *A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional*. Ciênc. saúde coletiva [online]. vol.14, n.3, pp. 819-828, 2009.
- RODDEN, Jonathan. *Federalismo e descentralização em perspectiva comparada: sobre significados e medidas*. Rev. Sociol. Polít. Curitiba, 24, p. 9-27, jun. 2005

- SALVADOR, Evilasio. *A reforma tributária desmonta o financiamento da Seguridade Social*. SER Social, Brasília, v. 11, n. 25, p. 42-54, jul./ dez. 2009.
- SALVADOR, Evilasio. *Fundo Público e Financiamento das Políticas Sociais no contexto do Federalismo Brasileiro do Século XXI*. Pós- Doutorado- Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2014
- SALVADOR, Evilasio. *Fundo Público no Brasil: financiamento e destino dos recursos da seguridade social (2000 a 2007)*. Tese (doutorado)- Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social, 2008.
- SALVADOR, Evilasio; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. *Implicações da crise no financiamento e no controle democrático das políticas sociais*. Brasília, 2013.
- SANTOS, Marta Alves. *Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos*. Rev. katálysis. vol.16, n.2, pp. 233-240, 2013.
- SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL. *Carga tributária no Brasil 2012*. Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros. Brasília: dezembro de 2013.
- SIAFI. *Dotação e Despesa do Ministério da Saúde. Secretaria do Tesouro Nacional*. Brasília, 2011.
- SIAFI. *Dotação e Despesa do Ministério da Saúde. Secretaria do Tesouro Nacional*. Brasília, 2012.
- SIAFI. *Dotação e Despesa do Ministério da Saúde. Secretaria do Tesouro Nacional*. Brasília, 2013.
- SILVA, Maria Lucia Lopes. *Acumulação do capital, organização do trabalho e proteção social (cap.1)* in: (Des) estruturação do Trabalho e Condições para Universalização da Previdência Social no Brasil. Tese (doutorado)- Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social, 2011.
- SILVA, Maria Lucia Lopes. *Previdência Social- um direito conquistado: resgate histórico, quadro atual e propostas de mudança*. 2 ed. Brasília: Ed. Do autor, 1997.
- SIOPS. *Consulta de Despesa por fonte e Restos a Pagar*. Sistemas de Informações de Orçamentos Públicos de Saúde. Brasília, 2011.
- SIOPS. *Consulta de Despesa por fonte e Restos a Pagar*. Sistemas de Informações de Orçamentos Públicos de Saúde. Brasília, 2012.
- SIOPS. *Consulta de Despesa por fonte e Restos a Pagar*. Sistemas de Informações de Orçamentos Públicos de Saúde. Brasília, 2013.
- SODRE, Antônio Carlos de Azevedo. *Lei de responsabilidade fiscal: condição insuficiente para o ajuste fiscal*. RAE electron, vol.1, n.2, pp. 02-15, 2002.
- SOUZA, Celina. *Federalismo, desenho Constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988*. Rev. Sociol. Polit, n.24, pp. 105-121, 2005.
- SOUZA, Celina. *Federalismo e gasto social no Brasil: tensões e tendências*. Lua Nova [online], n.52, pp. 5-28, 2001.
- SRFB. *Carga tributária no Brasil no ano de 2012*. Brasília, Secretaria da Receita Federal do Brasil, 2014.

STN. *Relatório Resumido da Execução Orçamentária do Governo Federal e outros demonstrativos*. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2011.

STN. *Relatório Resumido da Execução Orçamentária do Governo Federal e outros demonstrativos*. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2012.

STN. *Relatório Resumido da Execução Orçamentária do Governo Federal e outros demonstrativos*. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2013.

REZENDE, C. A. P. *Modelos de gestão na Saúde*. Rio de Janeiro: ADUFRJ, 2008, p. 25- 35.

TCU. *Análise da arrecadação e das receitas: Impactos das Renúncias do IPI e IR sobre os Repasses da União*. Brasília, Tribunal de Contas da União, 2013.

VERGOLINO, José Raimundo Oliveira. *Federalismo e autonomia fiscal dos governos estaduais no Brasil: notas sobre o período recente (1990-2010)*. Ipea, 2013.