

NOTA TÉCNICA SOBRE A PEC 241/2016 E SUAS REPERCUSSÕES PARA A SAÚDE

A Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 241/2016, em trâmite na Câmara dos Deputados, objetiva, em síntese, instituir para todos os Poderes da União e órgãos federais com autonomia administrativa e financeira integrantes dos Orçamento Fiscal e da Seguridade Social, Novo e, diga-se de plano, perigoso Regime Fiscal para os próximos vinte exercícios financeiros.

Nos termos formulados, o novo pacote para o reequilíbrio das contas públicas limita as despesas primárias da União aos gastos do ano anterior, corrigidos pela inflação oficial (IPCA), e desatrela o cálculo dos investimentos mínimos em saúde e educação do valor da receita, interferindo no regime constitucional de priorização das despesas destinadas ao custeio de áreas consideradas prioritárias e “duras” por nosso Estado Democrático de Direito, destacando-se, no presente, a saúde.

Em outros termos, o Novo Regime Fiscal autoriza que as despesas primárias (que se destinam exatamente ao custeio da implementação de políticas públicas de proteção social), inclusive as vinculadas e com pisos mínimos de investimento proporcionais à receita, como as destinadas à saúde e à educação, sejam planejadas e aplicadas de acordo com a variação inflacionária, almejando metas fiscais, e não com base e para atender as necessidades sociais. Para compreendê-lo, basta pensar, por exemplo, que, a despeito do crescimento populacional, do envelhecimento e dos custos crescentes oriundos da incorporação de novas tecnologias e medicamentos nos gastos em saúde, as despesas sociais permanecerão as mesmas, reduzindo o gasto público per capita. E isso, destaque-se, ainda que haja aumento real da receita.

Os impactos para o Sistema Único de Saúde (SUS), já castigado pelo histórico subfinanciamento, podem ser substanciais. Segundo o "Grupo Técnico Interinstitucional de Discussão sobre o Financiamento do SUS", do qual participa a consultoria técnica da Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Nacional de Saúde (COFIN/CNS), em conjunto com consultores e assessores técnicos de outras instituições e entidades, se a PEC 241 estivesse em vigor, desde 2003, e com base nos preços de 2015, a perda acumulada para o SUS seria da ordem de R\$ 314.245.280.393. E se aprovada, a estimativa de custeio a menor, para os anos de 2017 e 2018, é de aproximadamente 12.729,54 milhões¹.

É impossível ignorar que quem arcará com o prejuízo do novo mecanismo é o cidadão vulnerável que depende do SUS para sobreviver. É impossível fechar os olhos para o fato de que o subfinanciamento representou um dos grandes entraves históricos para a concretização do SUS tal como idealizado pela Reforma Sanitária e insculpido na Carta Maior. É impossível negar que o congelamento de despesas primárias vinculadas à realização de direitos fundamentais e a quebra da proporcionalidade entre receita e piso mínimo da saúde coloca em risco a sobrevivência de um precioso e conquistado sistema universal; colabora para a segmentação e para a privatização da saúde; e, conseqüentemente, para o aumento de sua judicialização que é, lamentavelmente, inúmeras vezes, a única alternativa de sobrevivência para os que se encontram a margem da sociedade e de um real status de cidadania. Aqui concebida tal como densificada pela Constituição da República, ou seja, como fundamento do Estado Democrático de Direito (art. 1º, II, da CRFB/88), como um status que erige o

¹ Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/docs/06jun27_REJEITAR_A_PEC_241.pdf

administrado à condição de efetivo e legítimo titular de direitos fundamentais e legítimo integrante do processo de exercício do poder, no seio do controle social.

A justificativa encampada pelos idealizadores da PEC 241/2016 no sentido de que, em um período de crise econômica, medidas com interferência em políticas de concretização da dignidade humana são necessárias e adequadas para corrigir o desequilíbrio fiscal, alcançar o melhor resultado primário possível e conter a expansão da dívida pública não se ajusta aos compromissos impostos aos entes federativos pela Carta Maior, norma fundamental de validade de todo o ordenamento jurídico.

Com efeito, o aspecto crucial que compromete a validade da PEC 241/2016 é o de que, desrespeitando limites impostos pela Constituição ao Poder Constituinte Derivado, ela atenta contra garantias constitucionais que fixam o núcleo financeiro protetivo dos direitos fundamentais, inviabilizando a sua concretização, em nítido retrocesso.

Na esteira da Reforma Sanitária e dos demais movimentos democráticos que inspiraram o Poder Constituinte de 1988, a atual Constituição, objetivando construir uma sociedade livre, justa, solidária, promover o bem social e erradicar a pobreza e a desigualdade social (art. 3º), erigiu e sedimentou a saúde, a previdência e a assistência social à condição de direitos sociais fundamentais dos cidadãos e dever prioritário do Estado (art. 6º da CRFB/88).

E, como todo dever de cunho prestacional envolve o dispêndio de verbas públicas, criou, de forma coerente e lógica, instrumentos financeiros que viabilizassem a concretização de tais direitos, corolários do direito fundamental à vida (art. 5º, caput, da CRFB/88) e do valor maior da dignidade humana (art. 1º, III, da CRFB/88). Por isso, os arts. 149, 195, 198 e 204 da CRFB/88 vinculam as contribuições sociais para a concretização da seguridade social e o art. 167, IV, da CRFB/88 autoriza, em caráter excepcional, a vinculação da arrecadação dos impostos para investimento na saúde, por exemplo. E mais: instituiu pisos mínimos obrigatórios de investimento na saúde, proporcionais à receita, para a União, Estados, Distrito Federal e Municípios (arts. 55 e 77 do ADCT e 198 da CRFB/98), cuja inobservância enseja intervenção federal e estadual (arts. 34 e 35 da CRFB/88).

Ou seja, o Poder Constituinte Originário, ponderando abstratamente os valores em jogo, estabeleceu como dever prioritário do Estado assegurar os direitos fundamentais, dentre eles a saúde, a previdência e a assistência social. E para garantir suporte financeiro bastante para viabilizá-los, e impedir que o Executivo, por meio do orçamento, utilizasse recursos para finalidades diversas, criou um microssistema constitucional de priorização de despesas e tutela do custeio dos direitos fundamentais que, à semelhança de outras garantias e remédios constitucionais, configuram verdadeira cláusula pétrea (art. 60, §4º, IV, da CRFB/88) a limitar a atuação do Poder Constituinte Derivado.

Em outras palavras, a opção constitucional foi o de conferir máxima efetividade e viabilizar o custeio progressivo dos direitos fundamentais. Por isso, almejou destinar 100% da arrecadação das contribuições sociais à seguridade social e parte da arrecadação de seus impostos, proporcionalmente ao valor da receita arrecada, à concretização do direito fundamental à saúde. O Novo Regime Fiscal, todavia, interfere neste arranjo, e troca, por vias oblíquas, as vinculações positivas de gasto mínimo em saúde e educação por uma vinculação negativa (gasto máximo)², limitando e esvaziando o conteúdo de direitos fundamentais e de

² COMPARATO, F. K.; TORRES, H. T.; PINTO, E. G.; SARLET, I. W. Financiamentos dos direitos à saúde e à educação: mínimos inegociáveis. Consultor Jurídico. [S.l.], 2016.

instrumentos financeiros criados para assegurá-los, em descompasso com o estipulado pela Constituição.

Veja-se que, segundo dados da OMS, em 2008, o Brasil estava entre os 24 (vinte e quatro) países que menos investem em saúde no mundo³. Embora já estivesse entre as 10 (dez) maiores economias mundiais. Conforme estudo mais recente, divulgado em 2015⁴, o Brasil é um dos únicos países em que o investimento público em saúde é menor do que o do setor privado. Do total aplicado em saúde (entre recursos públicos e privados) no ano de 2012, 47,5% foram aportados pela Administração Pública para suprir as necessidades de 190 milhões de brasileiros, enquanto a iniciativa privada investiu 52,5% do total para beneficiar a minoria de 46 milhões de brasileiros conveniados. A mesma pesquisa apontou que, enquanto o Brasil investe 7,9% de seu orçamento em saúde pública, o Reino Unido, que tem economia comparável à brasileira e cujo sistema inspirou os demais, investe 16,2% na mesma rubrica. A Noruega, por sua vez, emprega 18,2% de seu orçamento, o Canadá 18,5% e, mesmo diante de países da América do Sul, o Brasil entrega pouco investimento público na saúde, pois Uruguai, Argentina e Chile investem 19,3%, 22,5% e 14,9%, respectivamente, alcançando média de 18,9%, que é maior que o dobro do investimento brasileiro.

Fosse pouco, entre os anos de 2014 e 2015, o gasto do orçamento federal com a saúde sofreu um corte de 10% e o montante de investimentos dos seis primeiros meses de 2015 foi 32% menor do que o do ano anterior.⁵ Por outro lado, entre os anos de 2007 e 2015, por exemplo, o Estado Brasileiro financiou, por meio do BNDES, utilizando recursos do FAT (fundo de amparo ao trabalhador) US\$ 11,9 bilhões (11,9 bilhões de dólares), cifras que se aproximam de R\$ 50 bilhões (cinquenta bilhões de reais), em obras de infraestrutura em países estrangeiros, e com juros subsidiados, em alguns casos, de 3,45%, como foi o caso da construção do Estaleiro de Manutenção de Embarcações na Venezuela.

As consequências nefastas de tal quadro, por óbvio, recaem sobre o cidadão que usa o SUS e são sentidas na Defensoria Pública e no Poder Judiciário deste Estado. Em todos os Núcleos de Primeiro Atendimento da Defensoria Pública do Rio de Janeiro, as demandas por serviços de saúde e medicamentos são sempre as vitoriosas em números de atendimento, e a judicialização da saúde, segundo o Conselho Nacional de Justiça, cresce exponencialmente em todos os Estados brasileiros.

E não se alegue que são demandas desnecessárias ou que não deveriam ser suportadas pelo SUS. Confirmando o prognóstico do Supremo Tribunal Federal, no julgamento paradigma da STA AgR 175/CE, a experiência da Defensoria Pública na Câmara de Resolução de Litígios de Saúde e no Plantão Judiciário e, ainda, os dados levantados pela Secretaria de Saúde do Rio

Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2016-jul-27/financiamento-direitos-saude-educacao-minimos-inegociaveis>>. Acesso em 13.09.2016.

³ Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?id=1125810>> Acesso em: 15/11/2015.

⁴ Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/>. Acesso em: 12/11/2015.

⁵ Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/09/1676674-investimento-de-dilma-em-saude-entre-janeiro-e-julho-cai-32.shtml>>. Acesso em: 31/10/2015.

de Janeiro demonstram que quase 60% do que é demandado pelos órgãos analisados da Defensoria Pública ao Poder Judiciário está incluído em políticas públicas do SUS e, portanto, deveria ter sido por ele ofertado. Em outras palavras, quase 60% do que é judicializado deveria ter sido fornecido voluntariamente pelos entes federativos, conforme políticas e programas por eles mesmos elaborados e aprovados, sobretudo pela União.

Além disso, não são poucas as vistorias em unidades pré-hospitalares e hospitalares públicas realizadas pela Defensoria Pública deste Estado que denunciam a falta de medicamentos e insumos básicos; de cadeiras, de leitos, de equipamentos indispensáveis à manutenção da vida, de lençóis, de material de limpeza, de seringa, de papel higiênico, enfim, do mínimo esperado para um serviço de saúde adequado, condizente com a condição humana.

Nessa linha, os dados só reforçam o entendimento já externado por inúmeros especialistas de que o subfinanciamento do SUS é uma das causas efetivas para a não consolidação do Sistema Único de Saúde após mais de 20 anos de sua instituição pela Constituição Federal. E, é claro, de que a judicialização é, inúmeras vezes, necessária e a única forma de compelir os entes federativos a cumprirem os seus deveres constitucionais mínimos. A única forma de muitos cidadãos vulneráveis se manterem vivos e com dignidade humana.

Em tal contexto, a conclusão é uma só, como já assinalou inúmeros vezes o Supremo, intérprete legítimo da Carta Maior: não há que se falar em discricionariedade alocativa ou administrativa na gestão dos recursos quando se trata de cumprir compromissos constitucionais fundamentais como o dever de assegurar o direito à saúde e a própria vida, ou seja, o mínimo existencial e a dignidade humana (art. 1º, III, da CRFB/88). Esta foi a opção do Poder Constituinte Originário quando vinculou verbas para a seguridade social e estabeleceu pisos mínimos, proporcionais à receita, para investimentos na saúde e na educação.

Em outras palavras, não pode o Poder Público, ainda que sob o pretexto de reequilibrar as contas públicas, manipular sua atividade financeira e orçamentária para frustrar, fraudar e inviabilizar a efetividade de direitos fundamentais e a preservação de condições materiais mínimas de existência do cidadão. Ainda que o faça sob a roupagem de emenda constitucional. Do contrário, haverá retrocesso, proteção insuficiente, é fazer letra morta a Constituição, e torná-la, como não cansa de advertir o Supremo, “promessa constitucional inconsequente”. É quebrar o pacto social insculpido na Carta Fundamental deste Estado e instituir, aí sim, completo estado de insegurança, impunidade, descaso, abandono social e de risco à ordem e saúde pública.

Por óbvio, não será frustrando, limitando e esvaziando o conteúdo de direitos fundamentais e as garantias financeiras previstas constitucionalmente para viabilizá-los que o país sairá da crise econômica, social e política que o assola. É exatamente o contrário: é garantindo o mínimo existencial e a dignidade humana, em observância aos caminhos e nortes já trilhados pela Carta Maior, que se obterá a pacificação social, a promoção de uma sociedade livre, justa e solidária, a erradicação da pobreza e das desigualdades sociais e regionais.

E é sobretudo a partir de um conjunto de efetivas reformas estruturantes, política, econômica, tributária, bancária, administrativa, educacional, urbana e agrária, que o Brasil poderá superar essa triste parte de sua história e o atual Estado de Coisas Inconstitucional no SUS.

São urgentes e necessárias reformas estruturais que solucionem o conflito redistributivo a favor da sociedade e da cidadania social em detrimento do poder econômico e da hegemonia do mercado; que reforcem a democracia participativa exigindo a prestação de contas pelos

governantes e representantes, responsabilizando-se os entes públicos pela qualidade dos serviços; que fortaleçam o poder regulatório do Estado; que implemente uma reforma tributária que promova a justiça fiscal, taxando-se o lucro e o patrimônio e não o consumo, que enterre a Desvinculação de Receitas da União - DRU, o desmonte das vinculações necessárias à concretização dos direitos fundamentais e as progressivas renúncias e desonerações fiscais; que proporcione igualdade de acesso aos serviços sociais, dermercantilizando-os; que desfaça o mito do “déficit” da previdência social que desconsidera sua inserção na Seguridade, e não contabiliza as demais receitas do orçamento da seguridade social, as desonerações e as renúncias fiscais; que combata as desigualdades raciais e de gênero; e que aproveite o aumento da população em idade ativa proporcionado pela transição demográfica.

A PEC 241/2016, assim como a recente EC nº 93/2016 (que reinstalou a DRU até 2023), vem na contramão de um plano de reestruturação condizente com o arcabouço constitucional. No campo da saúde, especificamente, a expansão da cobertura e a melhoria da qualidade dos serviços não serão alcançados, por certo, pela reinstalação da DRU e pela criação, distorcida, de um teto máximo de investimento em saúde.

Elas dependem, sim, de uma ampla reforma que inicie, desde já, pela exigência de um planejamento e de uma gestão efetiva por parte dos Poderes Públicos, com a assinatura do COAP-Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde e a elaboração de Planos de Saúde, Programações Anuais de Saúde e Relatórios de Gestão em harmonia com o Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual e em consonância com a obrigação constitucional de cumprimento dos pisos mínimos e da garantia de um financiamento condizente com o sistema de proteção social encampado pelo Estado Democrático de Direito.

Tháísa Guerreiro de Souza

Coordenadora de Saúde e Tutela Coletiva da Defensoria Pública do Rio de Janeiro

Samantha Monteiro de Oliveira

Coordenadora do Núcleo de Fazenda Pública e Tutela Coletiva da Defensoria Pública do Rio de Janeiro