

SUS não tem recursos porque gasto federal é pouco

Autor: Élidea Graziane Pinto

A última pauta da agenda sobre a política pública de saúde no Brasil aponta para um falso dilema. A sociedade está sendo assediada pela ideia de que, para resolver o subfinanciamento do setor, seria imperativa a recriação da CPMF ou de outra congênere.

É falso o dilema porque o financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS é problema mal concebido e resolvido desde a sua instituição na Constituição de 1988. Não houve, como até o presente momento não há, em bases permanentes, distribuição de responsabilidades federativas, nem tampouco uma clara regra de equilíbrio entre receitas disponíveis e despesas a serem cobertas.

A primeira referência do quanto deveria ser empregado para o financiamento do SUS foi feita no artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, o qual previra a destinação de 30% do Orçamento da Seguridade Social – OSS ao setor da saúde. Embora tal regra transitória não seja mais juridicamente aplicável, vale a pena simular o quanto ela aportaria de recursos para o SUS atualmente.

Em 2011, à luz da Lei Orçamentária vigente, tal proporção verteria para as ações e serviços públicos de saúde cerca de R\$ 150 bilhões, ao invés dos aproximadamente R\$ 65 bilhões previstos.

Por outro lado, caso fossem aprovados os projetos de lei complementar que tramitam no Congresso Nacional (PLP 01/2003, da Câmara; e PLP 121/2007, do Senado) com o objetivo de regulamentar a Emenda Constitucional 29, de 2000, teríamos um dever de gasto público federal, dentro do Orçamento Geral da União, na casa dos R\$ 100 bilhões.

É, precisamente, da falta de normas claras e obrigações consistentemente progressivas para os gastos públicos de responsabilidade federal e dos diversos Estados que se alimenta o conflito distributivo que precariamente financia o SUS. Daí a passarmos ao impasse sobre se a saúde deve ter, ou não, uma contribuição social exclusivamente sua, é um pulo...

Mais do que apenas criar um novo tributo (o qual poderia ser uma solução complementar, mas não suficiente), a área da saúde precisa ter um arranjo protetivo estável na Constituição, tal como já ocorre com a área da educação.

A despeito do caráter solidário desenhado inicialmente na Constituição de 1988 para o sistema da seguridade social, os gestores das políticas de saúde, assistência social e previdência social cuidaram de puxar a preciosa sardinha tributária para o seu lado. Paralelamente a isso, a União descentralizava despesas e reconcentrava receitas, em

detrimento do pacto federativo e do próprio dever de expandir seu gasto público com o SUS.

Para resolver seu lado do conflito, a previdência social conseguiu segregar suas fontes próprias de receita no artigo 195 da Constituição, com o advento da Emenda 20/1998. Já a saúde implorava politicamente por uma nova sistemática de financiamento que lhe conferisse estabilidade mínima e recursos suficientes para a implantação e expansão do SUS.

Assim é que foi instituída, em 1996, a CPMF, a qual – após sucessivas emendas constitucionais – foi prorrogada até 2007, quando, enfim, teve sua última proposta de prorrogação rejeitada pelo Senado.

Tal contribuição teria sido uma solução adequada para o problema do subfinanciamento do SUS não fosse a vigência da desvinculação de receitas da União – DRU que lhe retirava, na fonte, 20% do produto da sua arrecadação, assim como a própria competição de outros setores. Ou seja, a CPMF que foi criada para a saúde tornou-se cobertor curto a ser dividido com a previdência social, com o combate e erradicação da pobreza e com a DRU... Na verdade, a política pública de saúde tornou-se refém da perda da CPMF muito antes da rejeição à sua prorrogação em 2007.

Por tal conformação de forças políticas, no final da década de 1990, o setor empreendeu uma nova e quixotesca jornada em busca de uma fórmula constitucional de financiamento que dependesse menos de receitas exclusivas (como a CPMF). A solução encontrada tomou como modelo a política pública de educação, que goza de patamar mínimo de gasto público, na forma do artigo 212 da Constituição. Daí é que decorreu a promulgação da Emenda Constitucional 29, de 2000, com a promessa de estabilizar o custeio da saúde pública no país.

Com a Emenda 29, tal como ficou mais conhecida, os três níveis da federação foram obrigados a cumprir patamares mínimos de gasto, segundo o artigo 77 do ADCT. Esse dispositivo determina que os municípios apliquem 15% e que os estados apliquem 12% das suas receitas de impostos e transferências constitucionais, enquanto a União deveria manter o seu patamar de gasto do ano anterior, corrigindo-o apenas pela variação nominal do PIB.

Passados dez anos da sua edição, podemos sinceramente avaliar como não cumprida a promessa da Emenda 29 de conferir estabilidade e suporte mínimo de recursos para o SUS. Por essa razão é que ressurge, tal qual Fênix das cinzas, a promessa de que uma contribuição social exclusiva para a saúde poderia dar conta da pesada tarefa de estabilizar e fazer progredir o SUS.

Os quase 23 anos de vigência da Carta de 1988 e, concomitantemente, do SUS nos fazem suspeitar de que o seu subfinanciamento não será definitivamente resolvido por

uma nova contribuição. Isso porque nada nos assegurará que parte dela não será novamente consumida pela DRU ou que a União não vá simplesmente retirar outras fontes de receita para manter o seu patamar de gasto estagnado na faixa de 1,7% do PIB.

É preciso rever o modelo definido no artigo 77 do ADCT, o qual já deveria ter sido substituído por lei complementar desde 2005. Eis a raiz do problema: há uma omissão inconstitucional na falta de regulamentação da Emenda 29 que torna nebuloso o horizonte e que esconde a mais flagrante verdade não revelada pela União.

Faltam recursos ao SUS, a despeito de a arrecadação federal bater recordes sucessivos e vertiginosos de crescimento, porque a União não tem nenhum dever de correlação de gasto mínimo na saúde em face do comportamento da sua receita.

Enquanto o gasto mínimo federal continuar sendo corrigido apenas pela variação nominal do PIB e a regulamentação da Emenda 29/2000 continuar sendo inconstitucionalmente negligenciada, o SUS sofrerá não é com a falta da CPMF, mas com a regressividade do gasto federal em saúde.

Falta dinheiro ao SUS porque falta obrigar a União, do mesmo modo que os estados e municípios estão obrigados: paga mais quem pode mais, na medida da sua disponibilidade de receita, sem vir cobrar a fatura da sociedade com a instituição de novos tributos. Eis o nó górdio da questão.

Élida Graziane Pinto é professora doutora de Direito Administrativo da UFMG e especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental de Minas Gerais.