

ORÇAMENTO PÚBLICO E DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL À SAÚDE NO BRASIL: avanços e retrocessos na (des)construção do Sistema Único de Saúde (SUS)

Avanço de investigação em curso

GT19: Saúde e segurança social. Transformações sociais e impactos na população.

Júlia Lenzi Silva
Profa. Dra. Juliana Presotto Pereira Netto
Larissa Soldate Correia

Resumo:

A partir da revisão bibliográfica de referenciais teóricos acerca da trajetória do movimento de constitucionalização do direito à saúde no Brasil, bem como da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, o presente trabalho divulga os resultados parciais de pesquisa realizada com intuito de confrontar as disposições constitucionais em matéria de saúde pública com as práticas econômico-financeiras adotadas no âmbito do orçamento público Federal, buscando evidenciar que, na atualidade, o principal obstáculo à concretização dos dispositivos legais atinentes ao direito humano fundamental à saúde no Brasil não é a carência de recursos públicos, mas sim o (re)direcionamento destes para outras áreas que não a das políticas públicas sanitárias, ainda que em desrespeito ao texto constitucional.

Palavras-chave: direito humano fundamental à saúde; orçamento público federal; desvinculação das receitas da União.

Introdução:

O presente trabalho é um desdobramento de pesquisas desenvolvidas em âmbito de pós-graduação, as quais têm como objetos centrais as políticas públicas componentes do sistema de Seguridade Social brasileiro (Saúde, Previdência e Assistências Social). Buscando-se compreender a dinâmica relacional entre as três políticas sociais supracitadas, bem como as dificuldades de se estabelecer uma atuação conjunta e complementar entre elas, a investigação centrou-se, de início, na problemática afeta a cada uma das áreas, abrangendo-se, neste artigo, os resultados parciais do estudo acerca da alocação de recursos públicos vinculados ao projeto constitucional de construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir da revisão bibliográfica de trabalhos concernentes ao movimento pela constitucionalização do direito à saúde no Brasil, buscou-se evidenciar que a previsão constitucional de criação do SUS enquanto pilar do sistema maior de Seguridade Social constituiu importante conquista popular no âmbito normativo, uma vez que somente com a Constituição Federal de 1988, o direito à saúde passa a ser compreendido como pressuposto de efetividade do direito fundamental à vida e à integridade física, estando abarcado, portanto, pelo princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF). Nesse sentido, a previsão constitucional do SUS promove verdadeira transição do modelo assistencial, vertical, centrado na doença, baseado na prestação de serviços de saúde individual e notadamente curativo, para um modelo completamente novo quanto à lógica de sua organização e dos valores que o constituem (CARVALO; et al., 2009, p. 115).

Ocorre que a construção de um sistema de saúde público, universal e gratuito nos moldes do SUS demanda aportes significativos de recursos públicos, fato que não restou desconsiderado pelos constituintes, tendo eles previsto formas de financiamento e a vinculação da receita de tributos para o fim exclusivo de assegurar efetividade ao sistema de seguridade social, dando, assim, sustentabilidade econômica às disposições constitucionais. Todavia, a despeito da configuração normativa, análises socioeconômicas de dados oficiais atinentes ao orçamento público federal acabaram por revelar que as práticas governamentais no Brasil têm se afastado, em demasia, do constitucionalmente previsto: em lugar de financiar a construção do SUS, os recursos vinculados a esse propósito têm sido “capturados” pela área financeira, sendo direcionados, sobretudo, para a geração de *superávit primário*, ou seja, para o pagamento dos juros e encargos da dívida pública. Constatou-se, ainda, que tal “captura” tem se dado por meio de manobras contábeis e da aprovação de legislações infraconstitucionais, dentre as quais aquela que autoriza a DRU (Desvinculação de Receitas pela União) é o exemplo mais emblemático.

Diante desse quadro, o escopo principal deste trabalho é o de revelar, por meio da argumentação teórico-prática, o que se encontra “por traz” da constante alusão à “ausência de recursos” por parte do Poder Público como fundamento para a não implementação concreta e completa do SUS, ou seja, revelar a existência e permanência de uma autêntica *escolha político-ideológica* por parte dos governantes brasileiros pela *prevalência do cumprimento das obrigações financeiras do Estado*, ainda que em detrimento da efetivação do direito humano fundamental à saúde. Espera-se, desta forma, possibilitar a conclusão de que priorizar o pagamento de juros e cortar gastos na esfera de realização da saúde pública exprime uma hierarquização das decisões relativas aos recursos públicos, pela qual o pagamento de juros é tido como inadiável, fato esse que se entende configurar, na atualidade, como o principal obstáculo para a construção/materialização do SUS na realidade brasileira.

1. A “revolução paradigmática” operada na saúde pública brasileira pela Constituição Federal de 1988: a saúde como direito humano fundamental social.

A Constituição Federal brasileira promulgada em 1988 marca uma verdadeira “revolução paradigmática¹” no tocante à saúde que, pela primeira vez na história da normatividade interna, restou disposta como um direito humano fundamental social (artigo 6º, *caput*, c/c artigos 196 a 200 da CF), sobretudo, em razão da pressão social exercida pelo movimento sanitário no âmbito da Assembleia Nacional Constituinte (ANC), o qual questionava a até então preconização do setor privado na prestação dos serviços de saúde no Brasil.

A denúncia e a luta protagonizadas pelo movimento sanitário brasileiro se deviam ao fato de que, nos períodos antecedentes à promulgação daquela que ficou conhecida como a “Constituição

¹ A referência à expressão “revolução paradigmática” se dá em conformidade com o conceito de *paradigma* elaborado por Thomas Kuhn e resignificado, no âmbito das ciências sociais, José Eduardo Faria. “Um paradigma implica uma teoria básica, uma tradição científica e algumas explicações exemplares, que são aceitas pelos cientistas ao ponto de suspenderem o esforço crítico de discussão de seus pressupostos e de suas possíveis alternativas substitutivas.” (FARIA, 1988a, p. 21). Nessa linha argumentativa, os paradigmas de uma determinada ciência terminam por definir os problemas que esta ciência cuidará de investigar, os métodos que usará para tanto e, por fim, as próprias soluções que resultarão deste processo, verificando-se, pois, que os paradigmas acabam por constituir uma espécie de “crença” que é partilhada por todos os membros de uma determinada comunidade científica. Entretanto, como a realidade está sempre a superar a teoria, há momentos em que os paradigmas entram em crise. “Isto ocorre quando eles não conseguem mais fornecer orientações, diretrizes e normas capazes de nortear o trabalho científico.” (FARIA, 1988a, p. 22). Nestes momentos, os paradigmas vigentes não só demonstram a sua incapacidade de fornecer uma solução concreta, como terminam por revelar que eles mesmos são a fonte última dos problemas e incongruências, havendo, pois, a necessidade de repensá-los e, talvez, substituí-los por outros paradigmas que, por ventura, tenham começado a emergir no horizonte científico. A este processo de declínio, surgimento e substituição de paradigmas, Thomas Kuhn denomina de “revolução científica” (FARIA, 1988, p. 22).

cidadã”, constata-se uma ausência prolongada de atuação efetiva do Poder Público na seara da saúde. Num primeiro momento, o atendimento e os cuidados médicos de toda a população ficaram relegados ao âmbito da caridade (sendo as Santas Casas de Misericórdia o exemplo mais emblemático), e ao âmbito do mercado, no que se refere ao atendimento médico-hospitalar. O Executivo Federal, por sua vez, centrava suas poucas ações nas famosas campanhas sanitárias de saúde pública, das quais as de vacinação eram as mais comuns. Entre o âmbito privado e o público, desenvolveu-se a técnica da “medicina previdenciária”, a partir das legislações que asseguravam direitos a grupos ou categorias profissionais específicas, de acordo com sua importância na dinâmica da produção (SANTOS, 1979). Deste modo, os empregados vinculados, primeiramente, às Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) e, em um segundo momento, aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que *vertiam suas contribuições de forma regular*, gozavam de certa oferta de serviços de saúde que, diga-se, não existia em todas as instituições, nem tampouco era homogênea naquelas em que era prestada. Somente em 1966, com a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a oferta dos serviços de saúde passou a se dar com certa igualdade *entre os segurados* – mas ainda assim, *como “direito” dependente de contribuição prévia*, o que excluía a maioria da população do acesso aos serviços de saúde, além de abrir um importante nicho de mercado para as empresas privadas, que foram beneficiadas pela política de contratos de prestação de serviço ao Poder Público, instituída pelos governos militares (1964-1985), o que acabou por aprofundar o processo de “mercantilização” da saúde no Brasil.

Diante desta conjuntura histórica, é possível constatar a ocorrência da referida “revolução paradigmática” quando observada a previsão contida no art. 196 da CF, a qual passou a atestar que

“[a] saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que 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* que deverá garanti-la mediante políticas sociais e econômicas.” (BRASIL, 2013, online, destaque nosso).

Verifica-se do disposto que, a par de estabelecer a garantia da gratuidade na prestação dos serviços públicos de saúde, desde a sua promulgação, o artigo supracitado contempla os fatores determinantes e condicionantes² expressos no conceito abrangente previsto no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946), o qual atesta que “*saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença*”, reconhecendo, portanto, a essencialidade do equilíbrio interno e daquele presente na relação homem-meio-ambiente (bem-estar físico, mental e social) para a conceituação da saúde (DALLARI, 2009, p. 95), recuperando, pois, os trabalhos de Hipócrates, Paracelso e Engels³ acerca desta temática.

² “São considerados cuidados primários de saúde pelo menos educação, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, fornecimento de medicamentos essenciais.” (PEREIRA, 2009. p. 357).

³ “Hipócrates, filósofo grego que viveu no século IV a.C., refere à influência da cidade e do tipo de vida de seus habitantes sobre a saúde e afirma que o médico não cometerá erros ao tratar as doenças de determinada localidade quando tiver compreendido adequadamente tais influências. Do mesmo modo, Paracelso, médico e alquimista suíço-alemão que viveu durante a primeira metade do século XVI, salientou a importância do mundo exterior (leis físicas da natureza e fenômenos biológicos) para a compreensão do organismo humano. Devido à sua experiência como mineiro, pôde mostrar a relação de certas doenças com o ambiente de trabalho. Também Engels, filósofo alemão do século XIX, estudando as condições de vida de trabalhadores na Inglaterra, nos albores da Revolução Industrial, concluiu que a cidade, o tipo de vida de seus habitantes e seus ambientes de trabalho são responsáveis pelo nível de saúde das populações”. (DALLARI, 2009. p. 92)

Ademais, cumpre ressaltar que, em virtude de sua constitucionalização como direito humano fundamental social, o direito à saúde passa a gozar de aplicabilidade imediata, conforme previsto no artigo 5º, §1º, da Constituição Federal, devendo tal aplicabilidade alcançar as suas duas dimensões, ou seja, a dimensão *negativa*, representada pela consideração da saúde como direito de defesa, fato que impede as ingerências indevidas por parte do Estado (princípio da proibição do retrocesso social) ou de terceiros na saúde do titular; e a dimensão positiva, que, por sua vez, toma a saúde como direito social prestacional, impondo ao Estado o dever de implementar políticas públicas que busquem a efetivação do direito à saúde de toda a população (SARLET, 2007). Ainda quanto à questão, destaca-se que, em razão da sua dupla dimensionalidade, a atuação estatal na seara da saúde pública deve se dar tanto no horizonte da prevenção, quanto da cura dos sujeitos enfermos, devendo, além disso, pautar-se pela preocupação com todos os fatores que determinam e/ou condicionam este direito, tal como as ações de vigilância sanitária, o controle epidemiológico e da saúde do trabalhador; a fiscalização e inspeção da produção, transporte, comercialização e consumo dos alimentos e bebidas, bem como a fiscalização de produtos tóxicos e radioativos e, por fim, o controle e participação na produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos voltados para esta área.

Ante ao exposto, aduz-se que, por óbvio, a concretização do projeto constitucional para a saúde pública brasileira, com respeito ao seu caráter gratuito e universal, é tarefa que demanda significativo aporte de recursos públicos, apresentando-se, ainda, como de longo prazo. Entretanto, conforme já salientado na introdução deste trabalho, a Constituição Federal não descuidou de tal problemática, tratando de dispor a política pública de saúde como um dos componente do sistema maior de *seguridade social* (art. 194, CF) e, ademais, estabelecendo a destinação de verbas específicas (*constitucionalmente vinculadas*) para sua materialização, verbas essas que deveriam constar na elaboração da peça orçamentária denominada de “Orçamento da Seguridade Social” (OSS), conforme disposto no art. 165, § 5º, inciso III, da Constituição Federal. Todavia, é neste ponto que teoria e prática em matéria de saúde pública no Brasil começam a se distanciar, posto que a não-materialização do orçamento da seguridade social acaba por se constituir na razão primeva da não-efetivação do direito humano fundamental à saúde no Brasil, servindo, além disso, aos interesses de captura dos recursos constitucionalmente destinados à seguridade social pela área econômico-financeira e determinando, assim, que a efetivação do sistema único de saúde (SUS) permaneça como um “projeto constitucional inconcluso” (FLEURY, 2004).

2. A (des)construção do SUS em razão da captura dos recursos públicos destinados à seguridade social pela área financeira: dismantando os discursos acerca do suposto “princípio da reserva do possível”.

Ordinariamente, quando da tratativa das diferenças entre as expectativas geradas pela promulgação da Constituição Federal e da Lei n. 8.080/90 (que institui e regulamentou o SUS) e a realidade concreta e cotidiana da saúde pública no Brasil, observa-se a predominância de discursos que apontam a necessidade da “adequação de expectativas”, salientando o entendimento de que o texto constitucional estaria em descompasso com a realidade presente, não sendo economicamente possível viabilizar, por exemplo, o SUS, da forma como previsto, posto que isso demandaria um aporte de recursos públicos não disponíveis. Nesse sentido, a um dos desdobramentos jurídicos dessa linha argumentativa convencionou-se denominar de “princípio da reserva do possível”, o qual, na seara da saúde, aparece como justificativa axiológica para a não implementação de direitos da forma como constitucionalmente dispostos, apelando, quase sempre, para o argumento da “carência de recursos público”.

Na tentativa de desconstruir tal linha argumentativa de forma fundamentada, recorre-se aos dados constantes do Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA), encaminhado ao Congresso Nacional

em agosto de 2012, o qual prevê, para o ano de 2013, o montante de R\$ 1,5 trilhões a título de Orçamento Fiscal, dos quais R\$ 900 bilhões são destinados ao pagamento e gerenciamento da Dívida Pública Federal (interna e externa), sendo R\$ 610,1 bilhões deste montante destinados ao refinanciamento (“rolagem da dívida”, em que não há aumento ou redução dos valores devidos); R\$ 163,5 bilhões ao pagamento de juros e R\$ 126,5 bilhões à amortização (diminuição do principal da dívida). No mesmo documento, verifica-se que o montante de recursos a ser destinados à seguridade social – ou seja, as políticas de saúde, assistência e previdência social - foi fixado em R\$ 643,8 bilhões (BRASIL, 2012, p. 10 e ss). Ocorre que tais valores são tratados em separado apenas no primeiro momento, já que quando de suas tratativas e especificações, o PLOA reúne ambos os orçamentos sob o título de “Orçamento Fiscal e da Seguridade Social”, contrariando frontalmente o exposto no artigo 165, § 5º, incisos I, II e III da Constituição Federal.

Tal violação ao texto constitucional não é uma exclusividade do PLOA 2013. Se feita uma análise atenta dos PLOAs anteriores, constata-se que o aparente “equivoco” constitui-se, na verdade, em padrão de conduta reiteradamente adotado desde a aprovação da Constituição de 1988, fato que faz com que Daim Sulamis (2001, p. 125) caracterize o “Orçamento da Seguridade Social” como uma peça meramente virtual, que não tem existência para a prática governamental no Brasil. Essa sistemática possibilita a continuidade da vigência do pressuposto que embasa a maioria das análises e discussões acerca das finanças públicas: “ao se falar em despesas da União, consideram-se apenas as despesas não-financeiras. Exclui-se, de partida, o pagamento de juros, encargos e amortização da dívida pública. São intocáveis, impronunciáveis, inexistentes para a política fiscal, ainda que onerem pesadamente”. (GARCIA, 2008, p. 300). Desta forma, é atribuído aos gastos com políticas sociais - sobretudo com as de seguridade social - o papel de “vilã das contas públicas”, ressaltando-se os grandes montantes por elas demandados, uma vez que o dinheiro destinado ao pagamento dos encargos e juros da dívida é “intocável”, não admitindo qualquer questionamento quanto a sua destinação – muito menos quanto ao fato de beneficiar tão poucas famílias, alimentando uma elite rentista que sobrevive e prospera, desde sempre, apoderando-se dos recursos que poderiam ser empregados em projetos e políticas de universalização de direitos sociais e serviços públicos.

Ainda com Ronaldo Coutinho Garcia, destaca-se que no período compreendido entre os anos de 1995 e 2006, as despesas correntes com o pagamento de juros e encargos da dívida foram as que mais aumentaram sua participação no total das despesas da União, sendo que o pagamento de juros elevou sua participação em 74% e a amortização em 160%. No mesmo período, em contrapartida, os gastos com benefícios previdenciários que, ressalta-se, são os mais expressivos no âmbito da seguridade social, mantiveram-se constantes (variando entre 17,64 e 23,52% do total das despesas da União) e as despesas com pessoal reduziram-se em mais de 45%. Sendo assim, “[a]penas com muita (má) vontade é possível desconsiderar a importância das despesas correntes com o pagamento de juros e encargos da dívida” (GARCIA, 2008, p. 308). Nesse sentido, ganha importância o argumento de que, muito embora haja uma grande e arquitetada tentativa - por parte de todos aqueles que se beneficiam da política de privilegiar o pagamento da dívida pública - de que as decisões econômicas sejam vistas e compreendidas como uma questão *não-política*, ou seja, “quase como um resultado do funcionamento automático de algum sofisticado, abstrato e descomprometido modelo macroeconômico instalado em um computador do BC” (GARCIA, 2008, p. 301, nota n. 21), de fato elas são *escolhas política e ideologicamente forjadas*, constituindo apenas um dos vários caminhos possíveis de serem percorridos. Se intocáveis fossem os direitos sociais à saúde, à previdência e à assistência social – e não os privilégios de uma minoria abastada – por certo que a destinação de tão expressivos recursos seria outra.

Na verdade, priorizar o pagamento de juros e cortar gastos sociais exprime uma hierarquização das decisões de gasto, pela qual o pagamento de juros é tido

como inadiável. Se pudéssemos alterar tais hierarquias e declarar inadiáveis os direitos sociais, não haveria dinheiro para pagar os juros. E a leitura da problemática do financiamento público seria construída de outra maneira, não mais em torno do caráter “perdulário” do gasto fiscal, mas sim em torno do equívoco e da prepotência de uma política de juros que vem sacrificando o bom desempenho das contas públicas, endividando os brasileiros e comprometendo a capacidade de financiamento das políticas sociais, tudo isso em nome de uma estabilização fiscal nunca concretizada (DAIN, 2001, p. 114).

A problemática da priorização do pagamento dos juros e encargos da dívida pública já é, por si só, bastante gravosa ao projeto constitucional inconcluso de erguer um sistema de saúde público e universal, uma vez que retira do orçamento valores expressivos que poderiam ser empregados na realização desta diretriz constitucional. Entretanto, a questão mostra-se ainda mais assustadora quando se revela que parte dos recursos utilizados para adimplir os compromissos da dívida são recursos constitucionalmente vinculados ao Orçamento da Seguridade Social, ou seja, são recursos subtraídos da arrecadação das contribuições sociais, espécies tributárias instituídas exatamente com o objetivo de assegurar sustentabilidade financeira às políticas de saúde, previdência e assistência social da forma como elaboradas em 1988. A apropriação das receitas da seguridade social dá-se, portanto, pela combinação de duas estratégias: a) a não elaboração em separado do orçamento da seguridade social, conforme já ressaltado, e, b) a instituição e permanência do mecanismo de Desvinculação das Receitas da União (DRU). Esta combinação de ilegalidade e cinismo permite a feitura do que Evilásio Salvador caracteriza como “uma poderosa e perversa alquimia que transforma os recursos destinados ao financiamento da seguridade social em recursos fiscais para a composição do superávit e, por consequência, a sua utilização em pagamento de juros da dívida” (SALVADOR, 2008, p. 391-392)⁴.

A importância da DRU relaciona-se ao objetivo fomentado pelos governantes brasileiros – especialmente durante a década de 90, mas também nos anos 2000 – de produzir superávits primários cada vez maiores para “ganhar a confiança” dos credores internacionais. Com esse foco, o Governo Federal adotou (e vem adotando) a estratégia de majorar a arrecadação tributária por meio do aumento das contribuições destinadas ao financiamento da seguridade social, uma vez que a receita das mesmas não é partilhada com os outros entes federativos (estados e municípios). Todavia, para que o aumento da carga tributária fosse, de fato, conveniente aos propósitos de geração de superávit, foi necessária a criação de um mecanismo legal que possibilitasse a desvinculação de parte das receitas arrecadadas, pois, por definição, as contribuições são espécies tributárias que obrigam o Estado a aplicar os recursos arrecadados na política/função/projeto para o qual elas foram especificamente criadas. Daí a *genialidade perversa* da instituição da DRU, que permite que o Executivo Federal utilize 20% das

⁴ A estratégia de desvinculação das receitas da União tem início com a afetação de 20% do produto arrecadado de todos os impostos e contribuições da União para o Fundo Social de Emergência (FSE), que fora criado pela Emenda Constitucional de Revisão n. 1/94. A princípio, este fundo seria instituído apenas para os anos de 1994 e 1995. Todavia, em 1996, a EC n. 10/96 substituiu o FSE pelo Fundo de Estabilização Fiscal (FES), dando correta nomeação à função já desempenhada anteriormente pelo FSE, que “de social”, só tinha mesmo o nome. O FES, por sua vez, vigoraria pelo período de janeiro de 1996 a 30 de junho de 1997, determinando-se a mesma afetação de 20% das contribuições e impostos arrecadados pela União. Entretanto, ainda em 1997, a EC n. 17/97 prorrogou a vigência do fundo até 31 de dezembro de 1999, com a mesma reserva. Finalmente, no ano de 2000, sem a afetação de 20% para o FSE - que fora extinto – a EC n. 27/00 dispôs sobre a desvinculação do mesmo percentual de 20% do total da arrecadação de impostos e contribuições sociais, e também das contribuições de intervenção no domínio econômico, pelo período de 2000 a 2003. Surgia a DRU, que, posteriormente teve sua vigência prorrogada pela EC n. 42/03 para o período compreendido entre 2004 e 2007; pela EC n. 56/2007 para período de 2008 a 2011 e, por fim, a EC n. 68/2011 prorrogou a vigência do instituto até o ano de 2015 (SAVARIS, 2008, p. 66, SALVADOR, 2008, p. 389).

receitas das contribuições de forma livre, independentemente de qualquer vinculação previamente estabelecida.

Por meio dessa estratégia, 20% do valor total arrecadado a título de contribuições para o financiamento da seguridade social é apropriado pela União e – agravando ainda mais o quadro já sombrio -, ante a não elaboração em separado do Orçamento Fiscal e do Orçamento da Seguridade Social, esses valores podem acabar retornando, em sua totalidade ou em parte, para os cofres da seguridade; não como “verbas próprias” - posto que, em virtude da incidência da DRU, elas sofreram a *alquimia perversa* e se transformaram em “receitas fiscais” - mas como “repasses” da União para cobrir os *déficits costumeiros* das políticas de seguridade social. O uso desse “malabarismo” contábil-legal permite à União, portanto, não só se desincumbir do dever constitucional de contribuir para o financiamento da seguridade (conforme disposto no art. 195 da CF) sem gastar um só centavo do orçamento fiscal, como também dar continuidade ao discurso legitimador das “contra-reformas estruturantes”, ou seja, dificultando cada vez mais o acesso aos benefícios previdenciários, restringindo os limites de abrangência da assistência social e promovendo a incessante precarização do atendimento médico pelo SUS.

Enfim, a DRU permite que recursos que deveriam ser utilizados para financiar a expansão e o aprofundamento do sistema de seguridade social e, por decorrência, o SUS, sejam *legalmente* apropriados pelo setor financeiro, mediante o pagamento dos compromissos da dívida. Além disso, ao diminuir o montante de recursos destinados às políticas de previdência, assistência e saúde, a DRU desconstrói os sólidos mecanismos de financiamento da seguridade instituídos pela Constituição Federal, comprometendo a capacidade de oferta de serviços e de realização de direitos pelas mesmas, falhas cuja origem nunca é explicitada, restando sempre atribuídas ao “excesso” de promessas contidas no texto constitucional. Constata-se, pois, que os desvios e as inconstitucionalidades que solapam o Orçamento da Seguridade Social cumprem, em verdade, importantes papéis:

[...] para a política fiscal, viabiliza superávit; para a saúde, é o principal instrumento de precarização dos serviços; para a previdência social, viabiliza o principal elemento do discurso da falência do sistema e de inevitabilidade das reformas; e, para os interesses dos mais diversos setores econômicos, oportunidade de grandes negócios. (VAZ; MARTINS, 2008, p. 373).

Sendo assim, verifica-se que argumentos retóricos que apontam a necessidade de “adequação de expectativas” no tocante à materialização do direito à saúde no Brasil alegando, como fundamento, uma suposta insuficiência de recursos orçamentários para implementação dos mesmos em conformidade com os ditames constitucionais não merecem guarida quando persiste a prática da Desvinculação das Receitas da União (DRU). Ora, apenas é possível alegar a insuficiência de recursos orçamentários para a efetivação de uma política pública nos moldes como ela se encontra disposta na Constituição Federal quando todos os recursos orçamentários *constitucionalmente a ela vinculados* encontram-se, de fato, aplicados para a realização deste propósito, pois, do contrário, a alegação de carência/inexistência de recursos para a materialização de direitos como justificativa para a negação dos mesmos revela-se como uma argumentação falaciosa, ardisosa e, porque não dizer, cínica. Em resumo, o que se está tentando explicitar é que se considera inadmissível que o Estado, em suas variadas instâncias, valha-se de argumentos no sentido do assim denominado “princípio da reserva do possível” para justificar a não materialização de políticas públicas relacionadas à direitos fundamentais – como é o caso da política de saúde – quando este mesmo Estado admite, regulamenta e segue adotando a prática da DRU.

Considerações Finais.

De tudo quanto restou exposto, espera-se ter conseguido comprovar que grande parte dos atuais problemas enfrentados para a concretização do modelo universal e gratuito de sistema de saúde público previsto no texto constitucional não advém da suposta “carência de recursos”, como comumente se alega, e sim do (re)direcionamento destes mesmos recursos para outros setores, em especial, para a composição do *superávit primário* e, conseqüentemente, para o adimplemento dos compromissos financeiros da dívida pública brasileira. Nesse sentido, a existência e permanência de instrumentos legais como a DRU tem permitido a apropriação de recursos constitucionalmente vinculados ao Orçamento da Seguridade Social pelo Orçamento Fiscal, promovendo manobras contábeis que fortalecem e intentam dar algum fundamento aos discursos que vão na linha argumentativa do referido “princípio da reserva do possível”.

Entretanto, o que segue escamoteado por tais prática é o fato de que também as decisões econômico-financeiras são *decisões político-ideológicas*, e não o único resultado possível de um direcionamento também único. Os distintos interesses e projetos de Estado estão sempre em conflito quando da tomada de qualquer decisão referente à alocação de recursos públicos, por isso, a não efetivação do direito humano fundamental à saúde da forma como disposto na Constituição Federal precisa ser compreendida como uma *escolha*, (e não uma “fatalidade”), afinal, entende-se que resta ao menos problematizada a questão sobre a inexistência de recursos públicos suficientes para tanto. Recursos há, entretanto, para que sejam aplicados em conformidade com o disposto no texto constitucional, necessário se faz a luta pela *inversão das pautas prioritárias governamentais*.

Para isso, acredita-se que um primeiro (e urgente) passo seja o desvelamento da sistemática captura de recursos da seguridade social pela área econômico-financeira, desconstruindo, assim, as falácias sustentadas acerca das políticas públicas sociais brasileira: o Brasil não “gasta demais” com saúde, em verdade, os governos brasileiros tem insistentemente descumprido a Constituição Federal e “gastado” muito menos do que deveriam e, em razão disso, considera-se que é possível afirmar que grande parte dos atuais problemas enfrentados pelos usuários do SUS não se deve (tão só) ao acréscimo na demanda por serviços públicos de saúde, mas sim (sobretudo) a ausência do repasse de verbas constitucionalmente vinculadas ao projeto constitucional de criação de um sistema de saúde *público, universal e gratuito*.

Referências.

AFONSO, José Roberto R.; JUNQUEIRA, Gabriel Gdalevici. Reflexões a respeito da interface entre seguridade social e fiscalidade no Brasil. In: LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; FLEURY, Sonia (Org.). Seguridade social, cidadania e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. (Pensar saúde). p. 116-142. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/Livro_Seguridade.pdf#page=66> . Acesso em: 19 jan. 2012.

ALEM, Ana Claudia. Seguridade social ou despesas financeiras: quem é o grande “vilão” do ajuste fiscal?. In: FAGNANI, Eduardo; HENRIQUE, Wilnês; LUCIO, Clemente Ganz (Org.). **Previdência social: como incluir os excluídos?** Uma agenda voltada para o desenvolvimento econômico com distribuição de renda. Debates contemporâneos, economia social e do trabalho. São Paulo: LTr, 2008. v. 4. p. 258-275.

BERMÚDEZ, Ximena Pamela Diaz [et.al]. O Sistema Único de Saúde: uma retrospectiva e os principais desafios. In: COSTA, Alexandre Bernardino et al.(Org.). O direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde. Brasília, DF: CEAD / Ed. UnB, 2009. p. 113-126.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamento Federal ao alcance de todos: Projeto de Lei Orçamentária Anual - PLOA 2013. Brasília, DF, 2012. Disponível em <http://www.orcamentofederal.gov.br/arquivo-ofat/Orcamento_Federal_2013_WEB.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2013.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, texto atualizado até a EC n. 72/2013, de 02 de abril de 2013. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, Brasília, DF, 2 abr. 2013. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 5 maio 2013.

_____. Lei n. 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. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, DF, 20 set. 1990. p. 18055. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 15 maio 2013.

DAIN, Sulamis. O financiamento público na perspectiva da política social. Economia e Sociedade, Campinas, n. 17, p. 113-140, dez. 2001.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O conteúdo do direito à saúde. In: COSTA, Alexandre Berbardino et al. (Org.). O Direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde. Brasília: CEAD / Ed. UnB, 2009. p. 91-101.

FARIA, José Eduardo. A noção de paradigma na ciência do direito: notas para uma crítica ao idealismo jurídico. In: _____. (Org.). A crise do direito numa sociedade em mudança. Brasília, DF: Ed. UnB, 1988a. p. 13-30.

FLEURY, Sonia. A seguridade social inconclusa. In: _____. (Org.). A era FHC e o governo Lula: transição? Brasília, DF: Inesc, 2004. Disponível em: <<http://www11.fgv.br/ebape/nova-ebape/comum/arq/Seguridade.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2012.

GARCIA, Ronaldo Coutinho. Despesas correntes da União: visões, omissões e opções. In: FAGNANI, Eduardo; HENRIQUE, Wilnês; LUCIO, Clemente Ganz (Org.). Previdência social: como incluir os excluídos? uma agenda voltada para o desenvolvimento econômico com distribuição de renda. Debates contemporâneos, economia social e do trabalho. São Paulo: LTr, 2008. v. 4. p. 284-311.

GENTIL, Denise Lobato. Política econômica e seguridade social no período pós-1994. In: FAGNANI, Eduardo; HENRIQUE, Wilnês; LUCIO, Clemente Ganz (Org.). Previdência social: como incluir os excluídos? uma agenda voltada para o desenvolvimento econômico com distribuição de renda. Debates contemporâneos, economia social e do trabalho. São Paulo: LTr, 2008. v. 4. p. 355-371.

PEREIRA, Cláudia Fernanda de Oliveira. Fiscalização da Saúde e um novo Direito Administrativo. In: COSTA, Alexandre Berbardino et al. (Org.). O Direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde. Brasília: CEAD / Ed. UnB, 2009. p. 353-367.

SALVADOR, Evilásio. Fundo Público no Brasil: financiamento e destino dos recursos da seguridade social (2000 a 2007). 2008. 395f. Tese Doutorado (Doutorado em política social). Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília. Brasília, DF, 2008a. 395 f. Disponível em:

<http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/3893/1/2008_EvilasioSilvaSalvador.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2012.

SANTOS, Warderley Guilherme dos. Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SAVARIS, José Antônio. O judiciário e política de retração sistemática da previdência social no Brasil. In: FAGNANI, Eduardo; HENRIQUE, Wilnês; LUCIO, Clemente Ganz (Org.). **Previdência social: como incluir os excluídos? uma agenda voltada para o desenvolvimento econômico com distribuição de renda.** Debates contemporâneos, economia social e do trabalho. São Paulo: LTr, 2008. v. 4. p. 44-70.

VAZ, Flavio Tonelli, MARTINS, Floriano José. Práticas orçamentárias a esvaziar a seguridade social. In: FAGNANI, Eduardo; HENRIQUE, Wilnês; LUCIO, Clemente Ganz (Org.). **Previdência social: como incluir os excluídos? uma agenda voltada para o desenvolvimento econômico com distribuição de renda.** Debates contemporâneos, economia social e do trabalho. São Paulo: LTr, 2008. v. 4. p. 372-386.