

Élida Graziane Pinto

Financiamento dos Direitos à Saúde e à Educação

Uma Perspectiva Constitucional

Prefácio
Ingo Wolfgang Sarlet

 **EDITORA
Fórum**

A diminuição dos gastos dos estados decorre, em grande medida, do regime de colaboração e das mudanças na estrutura de financiamento da educação pública. Ao vincular 60% das receitas para o ensino fundamental público, o Fundef promoveu o aumento das matrículas nas redes municipais neste nível de ensino e, consequentemente, a transferência de parcela das receitas de estado para municípios. [...]

A crescente municipalização da rede de ensino fundamental foi uma saída encontrada pelos estados e desejada pelos municípios para diminuir a rede de alunos atendidos. Se de um lado a municipalização da matrícula do ensino fundamental levou consigo parte dos recursos de estados, de outro, permitiu a estes se concentrarem no atendimento ao ensino médio. Em certa medida, *a municipalização do ensino fundamental também implicou transferir à União maior responsabilidade pela educação básica, por meio das complementações.*

Os avanços quanto à descentralização da gestão fundamentam-se na perspectiva de que este é um processo que pode gerar círculos virtuosos. Em outras palavras, esta otimizaria recursos, pela eliminação de atividades-meio; fomentaria maior efetividade das políticas, já que transferiria para ponta do sistema, para beneficiários, a responsabilidade pelo estabelecimento das prioridades a serem atendidas; e tornaria o processo mais transparente, pois permitiria à população local acompanhar e fiscalizar a devida aplicação dos recursos e da prestação dos serviços. (CORBUCCI *et al.*, 2009, p. 70-71)

Retomando, com isso, a análise do presente estudo comparativo, fato é que os dados dos municípios mineiros não apontam distorções dignas de nota. Em maior ou menor medida, pode-se considerar fruto dos processos político-históricos locais a diferença havida, por exemplo, entre a maior média de percentual excedente (Barbacena, com o honroso patamar de 30,95% de aplicação acima do mínimo em MDE) e a menor (Coronel Fabriciano, com apenas 1,63% de percentual excedente).

Nesse sentido, a conclusão parcial deste tópico incide sobre a normalidade institucional presentemente vivenciada entre os três níveis da Federação no custeio das ações públicas de manutenção e desenvolvimento do ensino.

O estado de Minas Gerais e os municípios observados cumprem — com esporádicas e circunstanciais exceções — o patamar mínimo do art. 212 da Constituição de 1988, oscilando suas médias de gasto um pouco acima desse referencial normativo. Nas análises pesquisadas no âmbito do TCEMG, não se encontrou, provavelmente por força dessa normalidade institucional, qualquer registro de instabilidade no financiamento intergovernamental da política pública de educação em Minas Gerais.

Não fosse pelos desvios interpretativos provocados pela União (há pouco analisados), o cenário, de fato, seria o de uma progressividade substantiva dessa política pública, porquanto sustentada por uma base de financiamento estabilizada temporalmente.

4.2 Guerra fiscal de despesa no financiamento do direito à saúde – Vulnerabilidade fiscal oriunda de um déficit normativo?

Diferentemente do arranjo relativamente estável de financiamento da política pública de educação (o qual, como visto, não se revelou uma constante histórica), a área da saúde ainda sofre com os percalços da falta de uma estrutura normativa consistente.

No capítulo 3 e no item anterior deste, foi possível avaliar que a técnica legislativa da EC nº 29/2000 de remeter sua regulamentação sensível à edição de norma posterior se revelou profundamente inadequada sob os pontos de vista institucional e federativo.

Seria necessária, pautando-se pelo exemplo bem-sucedido da trajetória constitucional da área da educação, mais do que a sua regulamentação por lei complementar. Diante do que se discutiu até aqui, a Emenda nº 29/2000 tem demandado, a bem da verdade, uma reforma constitucional dos seus próprios fundamentos para “renegociar”¹⁷² federativamente os seus custos financeiros e desafios materiais.

A exemplo do marco divisor representado pela EC nº 53/2006 para a educação, a política pública de saúde precisa enfrentar o problema de sua vulnerabilidade fiscal como um impasse federativo que só pode ser bem equacionado no próprio corpo do art. 198 da Constituição. O déficit normativo vivenciado pelo setor, durante o período de 2005 a 2012 (sobretudo em face do §4º do art. 77 do ADCT), demanda uma intervenção mais forte e mais profunda¹⁷³ que lhe traga os mesmos

¹⁷² Na feliz expressão de Corbucci *et al.* (2009).

¹⁷³ Em uma breve nota de conteúdo subjetivo, parece-nos francamente esgotada, do ponto de vista histórico, e limitada, do ponto de vista jurídico, a norma programática do §3º do art. 198 da CF/1988, com a redação que lhe foi dada pela EC nº 29/2000 e, por conseguinte, o modelo de regulamentação feito pela Lei Complementar nº 141/2012.

Embora este estudo não objetive cuidar da análise dos diversos projetos de lei complementar que tramitaram no Congresso Nacional para fins de “regulamentação da Emenda 29” (como ficou mais usualmente conhecida) durante os anos 2000 a 2012, apontamos aqui nossa observação pessoal de que apenas por meio de nova emenda constitucional se promoveria um reequilíbrio no custeio da política pública de saúde. Isso porque a União encontra-se diretamente interessada no esvaziamento normativo da regulamentação da

efeitos limitadores dos abusos e desvios interpretativos que a emenda do Fundeb trouxe para o art. 60 do ADCT.

A hipótese que orienta o presente tópico, portanto, é a de que as ações e serviços públicos de saúde vivenciam uma verdadeira guerra fiscal de despesa, dotada de mecanismos ainda mais sofisticados de evasão fiscal e burlas interpretativas que o experimentado pela educação na definição do valor mínimo anual por aluno.

A sobrecarga desse sério impasse federativo recai sobre os municípios, os quais, como dito anteriormente, passaram no pós-CR/1988 à linha de frente da ação governamental. É sobre eles, enfim, que tem literalmente desabado o excesso de demandas judiciais e pressões sociais pelo incremento material do SUS, sem que haja, contudo, o respaldo financeiro correspondente ao acréscimo de suas funções executivas.

Como bem avaliaram Piola *et al.* (2009, p. 162, grifos nossos),

um sistema de saúde universal e igualitário comprometido com o atendimento integral *requer, invariavelmente, recursos públicos vultuosos.* Seria ingenuidade supor, portanto, que a implementação dos princípios constitucionais na área da saúde pudesse efetivar-se apenas com ganhos de eficiência, sem recursos adicionais.¹⁷⁴

No balanço dos vinte anos de Constituição da República, os autores em comentário objetivamente apontam a raiz financeira dos desafios experimentados pela política pública de saúde no Brasil, na medida em que

Tornar a gestão do SUS mais eficiente e profissional é algo absolutamente necessário e inadiável, mas não suficiente. É imprescindível que, *simultaneamente, sejam assegurados os recursos mínimos necessários para que o acesso universal a um atendimento integral, igualitário e de boa qualidade seja menos um exercício retórico e mais uma ação objetiva percebida pela sociedade.* Sem a realização de novos investimentos, não há mágica gerencial capaz, por exemplo, de resolver a desigualdade acumulada na distribuição espacial da oferta.

EC nº 29/2000, assim como porque há fortes impasses federativos (sobretudo, causados pelos estados-membros que criam restrições conceituais ao seu alcance e pela União que se escusa do dever de progressividade no financiamento do SUS).

¹⁷⁴ Galdino (2005, p. 211), embasado na instigante obra sobre os custos dos direitos (*The cost of rights*) de Stephen Holmes e Cass Sunstein, sustenta que, “em vez de considerar direito uma situação ideal e não raro absoluta, é melhor considerá-los como poderes de invocar os seletivos investimentos dos escassos recursos públicos de uma dada comunidade”.

Tendo em vista essa situação, o Estado brasileiro deveria sinalizar para a opinião pública qual é a *política prioritária de financiamento público de serviços de saúde* e, como decorrência, escolher como *epicentro desta política o objetivo de fortalecimento da capacidade de oferta e a melhoria de qualidade dos serviços do SUS*. O ideal é que houvesse um comprometimento mais claro com três objetivos: (i) *um crescimento gradual do gasto público no SUS de tal modo a atingir, no máximo em duas décadas, o nível deste tipo de gasto prevalente em países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) que mantêm sistemas universais*; [O que, como asseverado pelos autores, implicaria passar dos 3,5%, do PIB vigentes em 2005, para 6%] (ii) *uma revisão gradativa do conjunto de benefícios tributários concedidos na área da saúde, de forma a alcançar-se alocação mais equitativa no tocante ao gasto tributário, ou seja, recursos públicos de isenções fiscais a pessoas físicas, entidades filantrópicas e outras; e (iii) melhorar a qualidade dos serviços do SUS mediante o estabelecimento de mecanismos de garantia de atendimento oportuno* (PIOLA *et al.*, 2009, p. 162-163, grifos nossos).

Se é certo que algumas mudanças substantivas ainda estão por ser implementadas no curso da evolução do SUS, a solução de tal pendência exige uma estrutura sólida e estável de financiamento público progressivo. Cumpre, pois, questionar se a relativa estagnação material do SUS no âmbito constitucional, quando comparado à política pública de educação, tem sido causada, entre outras coisas, pela falta daquela estrutura normativa e financeira.

Para testar e, posteriormente, avaliar tais relações de sentido, é que se subdividiu o presente tópico em três partes, de modo a explorar o caso da sobrecarga suportada pelos municípios mineiros com mais de 100 mil habitantes no financiamento do SUS, durante o período de 2003 a 2008.

Na primeira parte, serão analisados os dados da União e os seus respectivos impasses financeiros e orçamentários causados na política pública nacional de saúde. Desde já, diz-se de uma sobrecarga sobre os municípios, porque o gasto mínimo federal nas Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) tem sido regressivo. Tal regressividade é constatável, como se verá mais adiante, quer se adote o critério da (i) participação proporcional do gasto federal no volume total de gastos públicos com o SUS, quer se adote o critério da (ii) participação proporcional dos gastos federais em ASPS no volume total da Receita Corrente Líquida da União.

Na segunda parte, será explorada a série de execuções orçamentárias do estado de Minas Gerais de 2003 a 2008 que indica haver

importantes controvérsias interpretativas sobre quais ações governamentais poderiam ser contabilizadas, ou não, como ASPS. A depender do critério material utilizado para definir o gasto mínimo na política pública universal e gratuita de saúde, o estado estaria a aplicar, em média, apenas a metade do patamar mínimo constitucional definido no art. 77, do ADCT, da Constituição de 1988.

Por fim, na terceira parte deste tópico, serão apresentados os dados dos mais populosos municípios mineiros, para que se possa avaliar o grau e a extensão da sobrecarga ora percebida. É do que se passa a cuidar.

4.2.1 Impasses fiscais provocados pela União

Abrem-se, neste tópico do estudo, duas linhas de discussão sobre algumas das controvérsias provocadas pela União no custeio federativo das ações e serviços públicos em saúde e, em especial, do SUS que lhes dá formato sistêmico em todo o território nacional.

Enquanto a primeira linha cuida de apontar e questionar os dados contábeis apresentados pela STN e avaliados pelo TCU, a segunda linha enfrentará alguns conflitos materiais que, somados àqueles, direta ou indiretamente erigiram, no nível da União, uma espécie de barreira fiscal fática ao dever de progressividade no financiamento da política pública de saúde.

Neste primeiro momento, serão expostos os dados das contas apresentadas pela União em ASPS no período de 2003 a 2008, os quais hão de passar pelo crivo de sua admissibilidade pelo TCU. Com isso, espera-se tecer um breve diagnóstico das principais divergências interpretativas entre o Governo Federal e o Tribunal de Contas sobre o cumprimento da Emenda nº 29/2000, assim como feito na análise das vinculações orçamentárias relativas à educação.

Após o aludido panorama fiscal inicial, o tópico se subdividirá em duas partes, para discorrer mais detidamente sobre algumas das mais importantes tensões normativas motivadoras da regressividade do gasto federal em saúde. Inicialmente, a dupla tendência de reconcentração tributária e de desvinculação de receitas da União será discutida sob o ponto de vista de seus impactos federativos, além da fragilização fiscal provocada pela DRU no custeio dos direitos fundamentais que têm algum nível de vinculação orçamentária estipulado pela Constituição.

Na parte final deste tópico, uma vez assentadas as divergências fiscais e as principais tensões normativas, espera-se ser possível enfrentar, com maiores elementos analíticos, a omissão — havida

durante o período de 2005 a 2012 — ao dever de legislar da União (no que se refere à EC nº 29/2000) e a omissão persistente — mesmo com o advento da LC nº 141/2012 — ao dever de conferir progressividade à política pública de saúde.

Passando, pois, ao cumprimento dos objetivos acima arrolados, percebe-se na leitura da Tabela 11 abaixo que a União teve um comportamento médio de gasto no setor muito tímido, como se fora apenas uma obrigação formal de despesa e não a materialização de um direito fundamental.

TABELA 11

Aplicação pela União da vinculação orçamentária para Ações e Serviços Públicos de Saúde no período de 2003 a 2008

Demonstrativo das receitas e despesas da União com as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total das despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (em milhares)	27.179.332	32.638.719	37.029.236	40.750.155	44.303.491	48.678.681
Variação nominal do PIB (em %)	12,29%	15,61%	13,52%	9,68%	8,65%	9,61%
Variação de aplicação (em %)	9,88%	20,29%	13,45%	10,05%	8,72%	9,88%
Receita Corrente Líquida (RCL), na forma do art. 2º, §3º, inc. IV, da LRF (em milhares)	224.920.164	264.352.998	303.015.775	344.731.433	386.681.857	428.563.288
Variação nominal da RCL em relação à RCL de exercício anterior (em %)	11,39%	17,53%	14,63%	13,77%	12,17%	10,83%
Proporção do gasto ASPS sobre a RCL (em %)	12,08%	12,35%	12,22%	11,82%	11,46%	11,36%

Fonte: Elaboração própria a partir dos Relatórios Resumidos da Execução Orçamentária (RREO) do Governo Federal, Demonstrativo das Despesas com Saúde, Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social (art. 77 do ADCT, anexo XV do RREO) e Demonstrativo da Receita Corrente Líquida (art. 53, inc. I, da LRF, anexo III do RREO).

Restringindo o foco inicial à 3ª linha da tabela, ou seja, na variação efetiva de aplicação e comparando-a à variação nominal do PIB da 2ª linha, percebe-se que a União objetivamente não cumpriu seu patamar mínimo de gasto nas ações e serviços públicos de saúde nos anos de 2003 e de 2005. A informação de que Governo Federal ficou aquém do mínimo, nesses anos, foi registrada no relatório formulado pelo próprio Ministério da Fazenda. É tão notável tal fato que é como se tivesse ocorrido uma confissão explícita (!) de infração à ordem constitucional.

Uma vez admitido o descumprimento do art. 198, §2º, da CR/1988, e do art. 77 do ADCT, nos anos de 2003 e 2005, a União teria tentado compensar no exercício seguinte o déficit no gasto mínimo do ano anterior, o que explica, parcialmente, o índice tão mais elevado de aplicação em 2004 e o índice timidamente superior ao mínimo em 2006. Nenhuma outra consequência jurídica daí decorreu, como se verá adiante, da análise dos relatórios e pareceres prévios do TCU.

A tendência da série mostrada pela Tabela 11 aponta no sentido de que as variações nominais de aplicação do patamar de gasto mínimo em saúde pela União foram definidas apenas para assegurar que se mantenha a estrita equivalência com a expansão nominal do PIB.

À exceção do exercício de 2004 (quando houve incremento real de 30% acima da variação nominal do PIB), em todos os demais anos acima avaliados, a União gastou menos do que devia ou ficou ligeiramente acima do índice de variação nominal do PIB.

Interessante, a esse respeito, é o comportamento dos três últimos anos da série pesquisada (2006, 2007 e 2008), cujo percentual excedente médio (acima, portanto, da variação nominal do PIB) não ultrapassou a casa dos 2,5% (dois inteiros e cinco décimos por cento).

Fato é que, sob o estrito aspecto do cumprimento do art. 77 do ADCT, a Tabela 11 acima poderia permitir a fria e objetiva conclusão de que estaria configurada uma rota de relativa estabilização do financiamento do SUS pela União.

Como a célebre analogia do copo meio cheio e meio vazio, esse é um dilema mais complexo e está a indicar a inadequação dos critérios adotados para a fixação do patamar mínimo de gasto em saúde pela União.

Não é estabilidade, contudo, o que se vivencia na realidade prática, mas sim estagnação financeira e material no financiamento federal da política pública de saúde. Tal constatação também pode ser derivada da leitura objetiva dos dados da Tabela 11: basta observar o comportamento da Receita Corrente Líquida da União que se perceberá a tendência de um crescimento mais acelerado da arrecadação federal que o crescimento da economia.

As variações nominais da RCL superam, em média, as variações nominais do PIB em quase 16% (dezesseis por cento).¹⁷⁵ Como o critério de fixação do gasto mínimo em saúde aplicável aos demais entes subnacionais guarda correlação matemática com a expansão da receita de impostos e transferências, pode-se afirmar (em sentido diametralmente oposto ao feito há pouco) que tem havido regressividade do gasto federal no SUS.

Em suma, os efeitos contábeis do critério de correção dos patamares de gasto mínimo da União apenas pela variação nominal do PIB indicam de forma objetiva que tais patamares têm perdido a sua relevância proporcional no volume total das receitas correntes federais. Esse, aliás, é o teor da sexta e última linha da tabela.

Para que fiquem mais claras as tendências de estagnação e regressividade ora apontadas, propõe-se um rápido exercício de abstração matemática: supondo que a União tivesse o dever de manter seu patamar de gasto mínimo em saúde na casa dos 12% da Receita Corrente Líquida, como se sucedeu nos três primeiros anos da série acima analisada, em 2008, o valor efetivamente aplicado pelo Governo Federal nas ASPS teria sido de R\$58,4 bilhões e não apenas de R\$48,7 bilhões. Seriam quase R\$10 bilhões a mais para o setor, apenas com a manutenção do perfil histórico de gasto havido até 2005.

Ainda que não se entendesse adequado vincular o patamar de gasto mínimo da União ao comportamento da Receita Corrente Líquida federal, poderia ser adotada a regra de opção pela variável mais benéfica para o financiamento da saúde pública: ou a variação nominal do PIB ou a variação nominal da RCL. Como visto, a média da variação nominal da RCL foi, no período de 2003 a 2008, 16% superior à média da variação nominal do PIB.

Em qualquer das hipóteses suscitadas, haveria algum nível de correspondência entre o gasto mínimo federal em saúde e a evolução das receitas da União disponíveis, entre outras coisas, para o custeio da seguridade social.

A necessidade de manter correlação finalística entre o comportamento da Receita Corrente Líquida federal e o gasto mínimo em

¹⁷⁵ Na média, as variações nominais do PIB representaram, durante o período de 2003 a 2008, um patamar de 11,6% (onze inteiros e seis décimos por cento), enquanto as variações nominais da RCL federal corresponderam a uma média de 13,4% (treze inteiros e quatro décimos por cento), o que configura uma diferença de média em favor da RCL de 1,8%. É essa diferença positiva em favor da média das variações nominais da RCL que configuraria a possibilidade de incremento dos recursos federais vertidos ao SUS em cerca de 16% acima dos valores vertidos no período observado.

saúde pode ser fundamentada com base na expansão da arrecadação federal com as contribuições sociais de que tratam os arts. 149 e 195 da Constituição. Assim como essa seria uma exigência decorrente do próprio pacto federativo, já que se a União arrecada mais e aplica proporcionalmente menos no SUS, os demais entes passam a suportar as pressões sociais e judiciais pelas melhorias de acesso ao sistema, sem a contrapartida de aumento no financiamento federal.

O que se quer, desde já, deixar sedimentado é que a União tem disponibilidade orçamentário-financeira para contribuir mais com o sistema, na mesma medida em que o SUS tem necessidade de receber mais volumosos e regulares recursos para o seu custeio. Cumpre, nesse sentido, retomar o binômio estruturante do direito a prestações, o qual está fincado no equilíbrio entre a possibilidade de quem oferta as prestações e a necessidade de quem as demanda.

Conforme se verá, na Tabela 12 a seguir, a União tem possibilidade e o SUS necessita de outra compreensão dos recursos mínimos que lhe são vertidos pela União.

TABELA 12

Evolução nominal da receita corrente da União no período de 2003 a 2008 (em %)

Comportamento da receita corrente da União	Variação nominal 2004/2003	Variação nominal 2005/2004	Variação nominal 2006/2005	Variação nominal 2007/2006	Variação nominal 2008/2007	Média de crescimento das variações nominais
Receita corrente bruta	17,21	17,03	10,76	12,81	14,55	14,47
Receita Corrente Líquida (RCL), na forma do art. 2º, §3º, inc. IV, da LRF (em milhares)	17,53	14,63	13,77	12,17	10,83	13,78
Receita de contribuições sociais	22,84	12,98	8,98	13,75	5,20	12,75
Receita de impostos	11,48	20,38	9,24	20,35	24,58	17,21
Variação nominal do PIB (em %)	12,29	15,61	13,52	9,68	8,65	9,61

Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados junto à Secretaria do Tesouro Nacional, Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) do Governo Federal, Balanço Orçamentário de janeiro a dezembro/bimestre novembro-dezembro (LRF, art. 52, inc. I, alíneas "a" e "b" do inc. II e §1º, anexo I).

Na Tabela 12, a média de variação nominal do PIB perde para rigorosamente todas as outras medidas de variação nominal que correspondem aos principais critérios de aferição do comportamento da receita corrente federal. Isso se explica por um fator muito simples: a velocidade da máquina arrecadatória da União é maior que a do crescimento do PIB.

No conjunto de todos os dados acima apresentados nas Tabelas 11 e 12, revela-se de forma cristalina e objetiva o impasse fiscal no financiamento federal do SUS, ainda mais se se retomar as discussões suscitadas sobre a sua trajetória constitucional no capítulo anterior. Por essa razão, encerra-se, ao menos por ora, a fase de apresentação dos dados da STN e passa-se à indicação das avaliações e eventuais divergências do TCU sobre estes.

Na Tabela 13 a seguir, tem-se uma síntese dos fundamentos da análise do Tribunal de Contas sobre o cumprimento da EC nº 29/2000 pela União.

TABELA 13

Análises do TCU sobre o cumprimento pela União das vinculações orçamentárias com ASPS nos exercícios de 2003 a 2008, sob o pálio da EC nº 29/2000

(continua)

Ano	Análise sobre o cumprimento do patamar mínimo de gasto de que trata a alínea "b" do inciso I do art. 77 do ADCT da CR/1988
2003	"Por sua vez, em se tratando da Saúde, constata-se que a União empenhou, em 2003, deduzidos os Restos a Pagar cancelados, o montante de R\$26,8 bilhões, recursos esses que representam um incremento de apenas 8,1% em relação ao exercício de 2002, percentual inferior aos 12,3% de crescimento nominal do PIB entre os exercícios de 2002 e 2001, referenciais para o cálculo da alocação desses recursos. Fica caracterizado, dessa forma, descumprimento ao limite mínimo estabelecido no art. 77, inciso I, alínea 'b', do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), com a redação dada pela EC nº 29/2000" (BRASIL, TCU, 2004, p. 491, grifos nossos).
2004	"Em relação à área de saúde, a União empenhou, em 2004, deduzido o cancelamento dos restos a pagar, o montante de R\$32,5 bilhões. Isso representa incremento de 20,3% em relação ao exercício de 2003, percentual superior aos 15,6% de crescimento nominal do PIB entre os exercícios de 2002 e 2003, referenciais para o cálculo da alocação desses recursos. Foi cumprido, portanto, o limite mínimo estabelecido no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, no art. 77, inciso I, alínea 'b'" (BRASIL, TCU, 2005, p. 18).
2005	"A União empenhou o montante de R\$37,4 bilhões em despesas da área de Saúde em 2005, deduzidos os restos a pagar cancelados. Esse valor está cerca de R\$422,6 milhões acima do limite mínimo de gastos em ações e serviços públicos de saúde. Os recursos empenhados em 2005 representam um incremento de 14,8% em relação ao exercício anterior, percentual superior aos 13,5% de crescimento nominal do PIB entre os exercícios de 2003 e 2004, referenciais para o cálculo da alocação desses recursos no exercício de 2005. Fica caracterizado, dessa forma, o cumprimento ao limite mínimo estabelecido no art. 77, inciso I, alínea 'b', do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 29/2000. [...]"

(conclusão)

2005	Contudo, cabe ressaltar que esse crescimento dos gastos em ações e serviços públicos de saúde inclui as transferências de renda do Programa Bolsa Família, nas ações de 'Auxílio à Família na Condição de Pobreza Extrema, com Crianças de Idade de 0 a 6, para Melhoria das Condições de Saúde e Combate às Carências Nutricionais (Lei nº 10.836/2004)'. Essa despesa, no valor de R\$2,0 bilhões no exercício de 2005, foi 153,8% maior que o montante de R\$0,8 bilhão empenhado em 2004. Tais ações foram decisivas para cumprimento da EC nº 29/2000. Embora essas despesas contribuam em alguma medida para a melhoria nas condições de saúde da população, sua abrangência restringe-se às famílias com renda per capita de até R\$100,00 e sua atuação é indireta, via melhoria das condições socioeconômicas, por meio de transferência de renda, condicionada ao cumprimento de agenda de compromissos na área da saúde e da segurança alimentar por seus beneficiários. Portanto, <i>considera-se questionável a inclusão destas despesas nos gastos em ações e serviços públicos de saúde para fins do cumprimento da EC nº 29/2000</i> [...]. Se fossem desconsiderados os gastos com ações do Programa Bolsa Família, que contribuem indiretamente para a melhoria das condições de saúde da população, o limite mínimo de aplicação de recursos em saúde não teria sido cumprido em 2005. Caso os recursos do Bolsa-Família não tivessem sido incluídos no cálculo dos gastos mínimos em saúde, haveria descumprimento da EC nº 29/2000 no exercício de 2005. As despesas empenhadas, deduzidos os restos a pagar cancelados, estariam abaixo do mínimo constitucional em R\$725,6 milhões. O crescimento dos gastos em saúde teria sido de 11,24% inferior à variação do PIB" (BRASIL, TCU, 2006b, p. 33-35, grifos nossos).
2006	"A União empenhou o montante de R\$40,7 bilhões em despesas da área de saúde em 2006, deduzidos os restos a pagar cancelados. Esse valor está cerca de R\$48,8 milhões acima do limite mínimo de gastos em ações e serviços públicos de saúde. Os recursos empenhados em 2006 representam um incremento de 9,81% em relação ao exercício anterior, percentual superior aos 9,68% de crescimento nominal do PIB entre os exercícios de 2004 e 2005, referenciais para o cálculo da alocação desses recursos no exercício de 2006. Fica caracterizado, dessa forma, o cumprimento ao limite mínimo estabelecido no art. 77, inciso I, alínea 'b', do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 29/2000" (BRASIL, TCU, 2007, p. 22-23).
2007	"O art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias determina que a União deve aplicar anualmente, em ações e serviços públicos de saúde o equivalente ao valor empenhado no exercício anterior corrigido pela variação nominal do PIB. Em 2007, a União empenhou R\$44,3 bilhões, superando o valor mínimo constitucionalmente exigido em R\$28 milhões" (BRASIL, TCU, 2008, p. 42).
2008	"O valor aplicado em 2008 em ações e serviços de saúde foi de R\$48.678.717.367, atendendo, portanto, ao mínimo constitucional previsto para o exercício. Enquanto a variação nominal do PIB nesse período foi de 9,61%, a variação entre o valor empenhado em ações e serviços de saúde em 2008 e o valor empenhado em 2007 foi de 9,88%" (BRASIL, TCU, 2009, p. 55).

Fonte: Elaboração própria a partir das Sínteses do Relatório e Pareceres Prévios sobre as Contas do Governo da República, emanadas pelo TCU e relativas aos exercícios de 2003 a 2008.

Como visto, quando da análise da Tabela 11, nos anos de 2003 e 2005, a União não cumpriu devidamente o seu limite mínimo de gasto em saúde, na forma do art. 77 do ADCT.

Observando estritamente os dados da Tabela 13 anterior, tem-se que, enquanto em 2003, o TCU considerou formalmente como descumprido o patamar, em 2005, a Corte de Contas admitiu a manutenção da despesa com o Programa Bolsa Família, inserida irregularmente no elenco das despesas federais com ações e serviços públicos universais e gratuitos de saúde. Trata-se de burla interpretativa que deveria ter sido pronta e objetivamente rechaçada, mas que foi admitida em um perigoso juízo de conveniência e oportunidade em se tratando de medida garantidora da máxima eficácia do direito fundamental à saúde.

Por outro lado, digna de nota mostrou-se a observação do TCU, no relatório da prestação de contas do Governo Federal, relativo ao exercício de 2007, quanto à necessidade de o Brasil instaurar uma rota de progressividade para a política pública de saúde. A preocupação demonstrada pelo TCU foi com a necessidade de se pensar o patamar do gasto público no SUS e o valor *per capita* de tal despesa, os quais são indicadores passíveis de comparação com outros países desenvolvidos que ofertam saúde de forma universal e gratuita. Senão veja-se o teor da análise empreendida pelo Ministro-Relator Benjamin Zymler:

O setor público no Brasil (União, estados e municípios) aplicou em 2007 aproximadamente R\$123 bilhões aplicados na área de saúde, valor este equivalente a 4,8% do PIB. De acordo com os últimos dados disponíveis da Organização Mundial de Saúde, países como Austrália, Canadá, Reino Unido e Suécia que, assim como o Brasil, mantêm sistema de saúde de acesso universal, apresentavam em 2004 percentuais de, respectivamente, 6,5%, 6,8%, 7,0% e 7,7% sobre o PIB (World Health Statistics, WHO 2007). Naquele mesmo ano, comparado com países da América do Sul, o gasto do setor público brasileiro em saúde em razão do PIB foi inferior ao da Colômbia (6,7%), mas superior ao da Argentina (4,3%), Bolívia (4,1%), Uruguai (3,6%), Chile (2,9%), Paraguai (2,6%) e Venezuela (2,0%).

A despesa pública com saúde no Brasil alcançou em 2007 o patamar de US\$344,53 *per capita* (considerada a cotação média do ano de R\$1,9483/US\$, informada pelo Boletim Bacen de fev./2008). Em 2005 esse valor era de US\$152,97, segundo a revista Conjuntura Econômica da FGV. Se utilizada a mesma cotação de 2005, de modo a desconsiderar a variação cambial dos últimos dois anos, os gastos públicos brasileiros *per capita* chegam a US\$275,77 em 2007, 82% superior ao daquele ano. Os Estados Unidos da América, Canadá, Suécia, Reino Unido despendem mais de 2 mil dólares *per capita* em 2005. (BRASIL, TCU, 2008, p. 42-48)

Sem desconhecer tais referências internacionais de comparação possível, este estudo se limita à análise dos impasses domésticos no financiamento do SUS, isso porque, sem romper com a estagnação

interna da política pública de saúde, nenhum avanço poderá ser registrado para fins de média internacional.

Retomando, desse modo, a linha argumentativa que inaugurou este tópico, cumpre reconhecer sistematicamente a regressividade do gasto federal na área da saúde. Segundo Jorge *et al.* (2009), é fato que a União tem mantido seus níveis de gasto nas ações e serviços públicos em saúde (ASPS) como proporção do Produto Interno Bruto (PIB) em patamar médio anual de 1,7%. Ocorre, contudo, que ela reduziu, no período de 2000 a 2008, progressivamente sua responsabilidade no setor quando se observa a participação, durante o mesmo período, da despesa federal em saúde no volume total das suas receitas correntes (caiu de 8,06% em 2000 para 6,45% em 2008).

A despeito do sistemático incremento¹⁷⁶ da receita corrente federal sustentado, sobretudo, por contribuições sociais, a União tem se esquivado – ao menos do ponto de vista financeiro e orçamentário – do dever constitucional de assegurar progressividade à política pública da saúde.

A despeito de o verbo “esquivar” ser demasiado forte para o emprego comum, no caso da União e sua ação governamental em saúde, o uso do verbo no tocante ao período pós-EC n° 29/2000 mostra-se normativamente adequado. Isso acontece porque progressividade pressupõe avanço incremental (o que não houve) em face das disponibilidades orçamentárias e diante da premência das demandas de um sistema ainda em implantação como o é o SUS.

Não houve avanços, pelo contrário, o que se pode registrar, em bases estritamente jurídicas, é o surgimento de alguns impasses¹⁷⁷ que, senão diretamente gerados, foram majorados em sua repercussão financeiro-orçamentária pela União e, em especial, pelo Ministério da Fazenda.

¹⁷⁶ Para Afonso (2005, p. 09), trata-se esse movimento de uma verdadeira “recentralização tributária”, na medida em que a arrecadação total dos três níveis da federação representou, em 2004, 36,8% (trinta e seis inteiros e oito décimos) do PIB e a União sozinha absorveu (já descontadas as transferências intergovernamentais) 21,7% (vinte e um inteiros e sete décimos) do PIB. Ainda segundo Afonso (2005), a União, de 1998 a 2004, aumentou sua participação percentual no total da arrecadação em 2,7 (dois inteiros e sete décimos) pontos percentuais, o que claramente significou menor disponibilidade relativa de recursos para estados, Distrito Federal e municípios.

¹⁷⁷ Os impasses arrolados neste tópico são meramente ilustrativos e, por isso, não se configuram, estatisticamente, como amostragem válida para apontar conclusão generalizante sobre o universo considerado de ações orçamentárias do Poder Executivo da União na consecução das políticas públicas de saúde, durante o período de 2003 a 2008, que possam ter causado dificuldade de financiamento ao setor, em detrimento do espírito da EC n° 29/2000.

Doravante, passa-se a cuidar de dois impasses sistêmicos que, embora não esgotem o elenco de problemas¹⁷⁸ normativos e orçamentário-financeiros havidos na relação entre os entes subnacionais com a União, evidenciam o quadro crônico de mitigação das fontes federais de financiamento do SUS.

O primeiro impasse diz respeito à peculiar fonte de receitas da seguridade social e cuida de analisar o duplo movimento de reconcentração tributária mediante contribuições sociais nos cofres da União, de um lado, e concomitante desvinculação de receitas, de outro.

Já o segundo impasse está intimamente referido à falta de regulamentação da EC n° 29/2000, durante o período de 2005 a 2012, e à sua insuficiente regulamentação, tal como estabelecida na Lei Complementar n° 141/2012, na medida em que tais estratégias foram responsáveis por provocar dubiedade interpretativa e restrições ao incremento consistente do financiamento da política pública de saúde. Tal impasse há de ser analisado neste estudo à luz das seguintes variáveis:

1. Estabilização ou regressividade proporcional da forma de cálculo do valor devido pela União como montante mínimo de ações e serviços públicos em saúde;
2. Controle da inclusão de despesas outras (sobretudo, financeiras) no *quantum* devido de despesas mínimas em saúde; e
3. Falta de critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, e dos estados destinados a seus respectivos municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais.

A seguir, são arrolados e analisados os fundamentos centrais de ambos os impasses.

4.2.1.1 Reconcentração tributária e concomitante desvinculação de receitas da União

O primeiro impasse decorre de uma estratégia deliberada da União de manejar espécies como as contribuições sociais e as contribuições

¹⁷⁸ Elenco esse que, embora seja mais diversificado em subáreas e abordagens, merece ser exemplificado por dois outros problemas aqui não estudados topicamente, a saber: a falta de correção monetária periódica da tabela de serviços e procedimentos do SUS e o cancelamento e o contingenciamento de empenhos na área da saúde.

de intervenção no domínio econômico¹⁷⁹ para, logo adiante, desvinculá-las de sua destinação constitucional.

Colateralmente, tal estratégia não só quebra a estrutura própria de financiamento da seguridade social, como também permite à União aumentar consistentemente o montante final de sua arrecadação sem promover avanço nas repartições¹⁸⁰ a que teriam direito estados e municípios, se a União se valesse de sua competência residual.

No que se refere às repartições constitucionais, o sistema de transferências obrigatórias cuida de reequilibrar a equação entre montante de deveres e de receitas disponíveis para custear aqueles. Ora, como a União tem maior capacidade arrecadatória e maiores fontes de receita e como estados e municípios absorveram grande nível de responsabilidade pela execução de políticas prestacionais, nada mais racional e constitucionalmente adequado que redistribuir as receitas entre todos eles.

A assunção de maiores níveis de responsabilidade pelos entes subnacionais, por vezes, está compreendida no seio de diversos processos de descentralização de políticas públicas, o que, contudo, não pode ser reputado como um fenômeno benéfico em toda e qualquer circunstância.

A esse respeito, deveras pertinente é a crítica de Pochmann (2005), para quem outro fenômeno ainda mais grave que a mera descentralização da execução de políticas sociais para estados e municípios é o processo de redução dos gastos sociais federais em valores *per capita*. Segundo o autor em comentário (2005, p. 4-7, grifos nossos),

¹⁷⁹ Para Machado Segundo (2005, p. 170), “a União somente pode instituir Cide’s sobre setores específicos da economia, regiões pelo direito privado, nos quais as atividades sejam desenvolvidas em regime de livre iniciativa (CF/88, art. 170, parágrafo único), e que estejam sofrendo descompasso grave, a prejudicar seriamente a subsistência do setor ou a preservação, em relação ao mesmo, de princípios constitucionais como o da livre concorrência, da proteção ao meio ambiente, ao pleno emprego etc.” Por essa razão é que a conclusão do aludido autor (2005, p. 198, grifos nossos) caminha no sentido de fixar que “as contribuições de intervenção no domínio econômico devem ser instituídas de modo excepcional e provisório, tendo natureza regulatória e não arrecadatória. Apenas podem onerar setores descompassados da economia privada, incidindo sobre fatos praticados por contribuintes integrantes do grupo objeto da intervenção”.

¹⁸⁰ Ressalta à crítica feita reside no fato de que, depois de muita pressão dos níveis subnacionais no Congresso Nacional, criou-se regra de repartição da contribuição de intervenção no domínio econômico sobre combustíveis (a qual se encontra prevista no art. 177, §4º, da CR/1988). A Emenda Constitucional nº 42/2003 acresceu ao art. 159 da Constituição o inc. III, que prevê ser devido que a União repasse 25% (vinte e cinco por cento) do produto da arrecadação da CIDE-combustíveis a estados e Distrito Federal.

Para agravar ainda mais o enfrentamento da desigualdade social no Brasil, observa-se que no período mais recente (2001-2004), o quadro de restrições fiscais tendeu a se concentrar justamente no orçamento social do governo federal. Dessa forma, não apenas o contexto macroeconômico manifestou-se predominantemente anti-social, como os recursos públicos *per capita* direcionados à área social apresentaram um movimento de regressão em termos reais.

Entre 2001 e 2004, por exemplo, houve uma involução do orçamento social do governo federal, quando considerado o seu valor em termos reais (deflacionado pelo IGP-DII/FGV) e o comportamento populacional. Para o mesmo período de tempo, o orçamento social do governo federal acumulou uma redução real por habitante de quase 8,5%. [...]

Em resumo, o orçamento social total do governo federal por habitante em 2004 equivalera a 91,7% do valor real do orçamento social do ano de 2001. Ao se diferenciar o orçamento social do governo federal por períodos de governo, como os dois últimos anos de FHC (2001/02) e os dois primeiros anos de Lula (2003/04), pode-se analisar melhor o comportamento médio bi-anual do orçamento social do governo federal. No período de 2003/04, o orçamento social real *per capita* do governo federal foi 1,3% inferior ao do período imediatamente anterior, equivalendo, em média, a 98,7% dos dois últimos anos do governo FHC.

Dos cinco itens que constituem a composição do orçamento social do governo federal, dois registram queda real *per capita*. Os itens ajuste patrimonial e renúncia fiscal tiveram redução orçamentária, enquanto os demais itens como gasto social direto, empréstimos e subsídios implícitos apresentaram maior orçamento no governo Lula em relação ao governo FHC. [...]

[...] o Brasil caracteriza-se pela convivência simultânea do contexto macroeconômico antissocial com a regressão real *per capita* do orçamento social do governo federal. Diante desta verdadeira combinação perversa, seria uma exceção à regra, caso o país viesse a registrar melhora na qualidade de vida, com redução sensível na desigualdade social.

O que surpreende realmente, neste momento, é que os principais gestores das políticas públicas do governo federal parecem desconhecer a perversidade social que resulta tanto da condução das políticas macroeconômicas como do ajuste nas finanças governamentais, especialmente no que se refere à contenção real *per capita* do gasto social. Ao invés de considerações ligeiras e superficiais, muitas delas sem consistência real e que apontam para conclusões equivocadas, como a condenação do gasto social no Brasil, a equipe principal do Ministério da Fazenda deveria analisar melhor a sua própria contribuição ao aumento da dívida social, sobretudo no que diz respeito ao aprofundamento da desigualdade de renda.

Como suscitado por Pochmann (2005), a descentralização das políticas sociais pela União corre o risco de se tornar apenas uma rota perversa de

“contenção real” do gasto social por cidadão. Isso porque descentralizar o repasse suficiente e adequado de recursos fragiliza o custeio federativo dos direitos sociais.

Do ponto de vista da Constituição de 1988, não há como ser admitida a perversa equação acima analisada (descentralização de despesa e reconcentração de receita), pois ali foi delineado todo um sistema de repartições federativas que visa ao equilíbrio entre responsabilidades e recursos disponíveis para cumpri-las.

O texto constitucional determinou, em profundidade e extensão, que o Governo Federal efetivamente redistribuísse suas receitas com os estados e municípios. Disso trataram os arts. 157 a 159 da Constituição, de modo a fixar quais montantes dos impostos¹⁸¹ da União, simplesmente, pertencem aos estados e municípios (notadamente o imposto de renda retido na fonte incidente sobre os pagamentos feitos por cada qual) ou que — por meio de percentuais diferenciados — serão entregues, na forma de transferências correntes¹⁸² obrigatórias.

Não obstante a Constituição — à época de sua entrada em vigor, em 05 de outubro de 1988 — haver conseguido promover o aludido reequilíbrio na distribuição de receitas intergovernamentais, a União progressivamente foi minorando o impacto proporcional das transferências obrigatórias no total de suas receitas, por meio da majoração da arrecadação de contribuições sociais,¹⁸³ as quais não são passíveis de repartição.

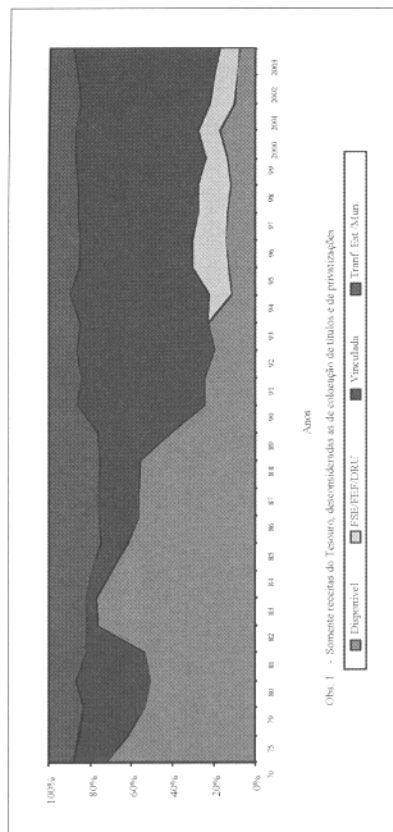
Em estudo realizado sobre a composição das receitas orçamentárias da União e especialmente sobre as vinculações orçamentárias, ao longo do período de 1970 a 2003, a Assessoria Técnica da Secretaria de Orçamento Federal, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão apresentou os dados que se seguem no Gráfico 2.

[81] A repartição dos impostos e não de outras espécies tributárias (exceto a CIDE com o advento da EC nº 42/2003) justifica-se por força da própria natureza daqueles, ou seja, os impostos são a espécie tributária cujo fato gerador não decorre de qualquer contraprestação estatal (vez que são referidos apenas a situações jurídicas do próprio contribuinte), tampouco têm destinação determinada. Por serem livres de destinação e não demandarem para sua arrecadação que o Estado preste qualquer serviço ou atividade em favor do contribuinte, os impostos são a fonte de receita menos onerosa e, evidentemente, lucrativa para o Poder Público.

Se se tratasse de transferências de capital, haveria, na verdade, a assunção de operação de crédito dos entes subnacionais em relação à União. Por outro lado, as transferências voluntárias envolvem acordo de vontades, notadamente na forma de convênios, tal como dispõem o art. 25 da LRF e o art. 116 da Lei nº 8.666/1993, para que haja o repasse de receitas e a consecução de uma finalidade pública de interesse comum aos entes envolvidos.

De acordo com Mendes (2009, p. 80-81), "o caminho utilizado foi, realmente, o de expansão da receita via elevação das contribuições; enquanto a receita de impostos oscilou em torno de 7,5% do PIB, no período 1997-2006, as contribuições saltaram de 4,8% para 8,2% do PIB".

Composição das receitas orçamentárias da União de 1970-2003



Fonte: Assessoria Técnica da Secretaria de Orçamento Federal (ASTEC/SOF/MPOG) (BRASIL, 2003, p. 6).

Duas tendências do gráfico acima são bastante esclarecedoras para o foco estudo.

A primeira delas reside na queda da margem de alocação livre de receitas a partir de 1988, vez que a atual Constituição havia criado, em sua redação originária, diversos mecanismos de vinculação orçamentária.¹⁸⁴ Na sequência histórica sob análise, tal tendência de vinculação das receitas orçamentárias só foi minorada a partir de 1994, com o advento das figuras do Fundo Social de Emergência (FSE), do Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e da Desvinculação de Receitas da União (DRU), respectivamente criadas em 1994, 1996 e 2000.

¹⁶⁴ Na esteira da autorização excepcional de que trata o art. 167, IV, da CR/1988, podem-se arrolar, em caráter exemplificativo dentre os principais mecanismos de vinculação de receita, os seguintes:

1. A destinação para a seguridade social na forma do que dispõe o art. 195;

2. As transferências constitucionais tal como dispõem os arts. 157 a 159;

3. O patamar mínimo de 18%, no caso da União, de gastos com educação inscrito no art. 212;

4. O patamar mínimo de gasto com as ações de saúde inscrito no art. 198, §2º;

5. A destinação ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) e aos programas de desenvolvimento econômico do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) da contribuição aos Programas de Integração Social de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP), tal como dispõe o art. 239:

6. A destinação da contribuição de intervenção no domínio económico (Cide), na forma do que dispõe o art. 177, §4º, II, ao pagamento de subsídios a preços ou transporte de álcool combustível, de gás natural e seus derivados e de derivados de petróleo; financiamento de projetos ambientais relacionados com a indústria do petróleo e do gás; e financiamento de programas de infraestrutura de transportes.

Já a segunda tendência que merece ser apontada advém da comparação entre o montante de receitas da União transferidas a estados e municípios em 1988 e o montante transferido em 2003. Vale notar que, praticamente, reduziu-se à metade o impacto das transferências obrigatórias a estados e municípios sobre o volume total de receitas da União.

Passando ao largo do modelo constitucional de distribuição de competências, no que se refere às receitas disponíveis e aos deveres de incumbência de cada ente, a União adotou duas linhas opostas de ação como medida de ajuste fiscal, a saber, a recentralização das receitas e a descentralização das despesas. Como bem assevera Pochmann (2005, p. 7):

A Constituição Federal de 1988 determinou que a receita e parte das despesas públicas, como educação e saúde, por exemplo, deveriam ser descentralizadas no Brasil. A partir disso, o gasto público federal passou a ser descentralizado para estados e municípios.

A atual composição do gasto total na saúde é um bom exemplo disso. No ano de 2004, a União respondeu por 49,4% do gasto nacional com saúde (24,8% pelos estados e 25,6% pelos municípios), enquanto em 1994 era responsável por 60,7% do total (22,1% pelos estados e 17,2% pelos municípios).

A transferência de 11,3 pontos percentuais do gasto nacional da saúde da União para estados e municípios não foi acompanhada, no mesmo ritmo e sentido, da descentralização da receita pública. No ano de 2004, por exemplo, 60,1% da receita fiscal disponível pertenceram à União (24,3% nos estados e 15,6% nos municípios), enquanto em 1995 ela absorvia 56,2% do total (27,2% pelos estados e 16,6% pelos municípios). Transferir parte das despesas da União para estados e municípios sem a consequente descentralização da receita fiscal disponível mostra ser mais uma medida do padrão de ajuste fiscal das finanças públicas. Diante da ampliação da despesa sem contrapartida da receita fiscal disponível, a descentralização da área social terminou por ocorrer acompanhada, muitas vezes, da degradação da oferta de bens e serviços públicos.

Desde 1991, a União tem arrecadado e não tem redistribuído recursos na mesma proporção que o fazia à época da promulgação da CR/1988. De um lado, isso ocorreu por força da omissão deliberada da União em não ampliar as possibilidades de arrecadação¹⁸⁵ de impostos que poderiam impactar as regras constitucionais de repartição inscritas nos arts. 157 a 159 da Constituição.

¹⁸⁵ Por meio da majoração de alíquotas e bases de cálculo dos impostos já existentes, ou por meio da criação de novos impostos, com base no disposto no art. 154, I, da CR/1988.

Por outro lado, o fenômeno da perda proporcional de relevância das transferências obrigatórias no conjunto das receitas orçamentárias da União decorreu também da expansão significativa das contribuições sociais,¹⁸⁶ as quais não são repartidas, na medida em que o produto de sua arrecadação é destinado (ou deveria ser, caso não houvesse desvinculação) à seguridade social.

A União não exerceu a competência residual (art. 154, I) de que é titular no período pós-CR/1988 para criar novos impostos, pois, se o fizesse, 20% (vinte por cento) de sua arrecadação deveriam ser repartidos com os estados segundo o disposto no art. 157, II, da Constituição. Poder-se-ia arguir que tal omissão decorreria da complexidade¹⁸⁷ da instituição de novos impostos, mas a falta de manejo dessa competência residual deve ser confrontada com o fato de que o Poder Executivo Federal tem instituído novas fontes de receita majoritariamente na forma do que lhe autorizam os arts. 149 e 195, §4º, da Constituição.

Nisso não haveria problema algum não fosse a circunstância de, posteriormente à instituição de contribuições sociais, a União desvincular parcialmente — por meio de emendas constitucionais — o produto de sua arrecadação para trdestiná-lo a fins diversos dos que justificaram a instituição daquelas. Ou seja, criaram-se contribuições na forma do que dispõe o art. 149 da CR/1988, assim como houve ampliação da arrecadação das já existentes, porque se sabe ser todo¹⁸⁸ o volume arrecadado integralmente absorvido pela União, para, a seguir,

¹⁸⁶ Tampouco se pode olvidar do avanço das CIDEs e de somente haver sido criada regra de repartição para a Cide prevista no art. 177, §4º, da CR/1988 por meio da Emenda Constitucional nº 42/2003.

¹⁸⁷ Embora não se desconheça o maior grau de complexidade e as dificuldades comparativas do exercício de tal competência em relação ao exercício da competência residual para instituir novas contribuições sociais (arts. 149 e 195, §4º, da CR/1988), urge considerar que “a eventual necessidade de ‘reforço do caixa geral’ foi prevista pelo legislador constituinte” como competência residual para instituição de impostos (art. 154, I). Como bem lembrado por Sampaio (2004, p. 232), essa competência tributária residual para cobrir o gasto genérico por meio de novos impostos foi cercada de cuidados “que se refletem na impossibilidade de onerar fatos geradores e bases de cálculo de outros impostos, procurando, com isso, preservar o pacto federativo, pois fosse possível à União criar impostos residuais cujas manifestações de riqueza fossem reservadas aos Estados e Municípios, acabaria retirando a possibilidade dos demais entes de tributá-lo em maior intensidade. Além disso, o constituinte teve o cuidado de prever, em seu artigo 157, II, que os impostos residuais criados pela União estariam sujeitos à repartição de receitas com os Estados e Distrito Federal”.

¹⁸⁸ Cumpre ressaltar expressamente dessa afirmação a repartição da Cide-combustíveis inscrita no art. 159, III, da CR/1988, na medida em que se trata de regra de repartição com estados e Distrito Federal de contribuição interventiva inserida no texto constitucional depois de fortes pressões dos governadores na tramitação da proposta de reforma tributária que se transformou na EC nº 42/2003.

no curso da execução orçamentária, haver trespasseio de tal receita vinculada para finalidades diversas.

Precisamente neste ponto, vale retomar, com Sampaio (2004, p. 190), que “o que concretiza o valor justa nas contribuições sociais é a correta destinação do produto arrecadado e a impossibilidade de serem trespasseados a outros fins que não aqueles que justificaram sua instituição”. Ora, sabe-se que “as contribuições sociais são tributos caros para a economia e em sua essência são injustos, porque são regressivos e de difícil desoneração” e somente são “tolerados na justa medida de sua destinação a programas que viabilizem projetos de distribuição de renda como os da saúde, previdência e assistência social”.

Procópio (2004, p. 165), na mesma linha de raciocínio, ressalta que “a legitimidade do Poder Tributante para instituir e cobrar contribuição social está atrelada à sua intervenção no campo social”. Assim, se o Poder Constituinte derivado, “por meio das desvinculações levadas a efeito pelas diversas emendas constitucionais, [...] acabou por criar contribuições destinadas ao custeio do gasto público genérico”, é preciso controlar tal pretensão exacional, pois o poder de reforma constitucional “não possui legitimidade para tanto”.

Ainda de acordo com Procópio (2004, p. 165), vale fixar — consistentemente — que “só há legitimidade para se cobrar contribuição social, tributo não estribado sobre signo de riqueza do contribuinte, que repercute sobre toda a sociedade de forma não seletiva, pela existência de um fim nobre, qual seja, a manutenção de um sistema de seguridade social efetivo e estável”.

Nem se diga que os fins (notadamente, controle da dívida pública por meio da formação de superávits primários) da trespasseio denunciada por Sampaio (2004) e Procópio (2004, p. 165) atendem igualmente ao interesse público, pois, segundo esta última autora, “alterando a finalidade do tributo, o Poder Constituinte derivado acaba por retirar a legitimidade da norma de competência que autorizou a sua instituição”.

Não bastasse a ampliação das contribuições sociais e sua posterior desvinculação por meio de emenda constitucional, também têm sido instituídas contribuições sociais gerais “divorciadas da respectiva competência constitucional”, na medida em que elas têm sido criadas para destinar-se ao custeio de outros direitos sociais, que não apenas os que formam o tripé da seguridade social (saúde, previdência e assistência social).

É de Procópio (2004, p. 168) a locução “divorciadas da respectiva competência constitucional”, a qual se justifica na medida em que,

segundo Spagnol (2004, p. 75), “o Texto Constitucional não suporta a incidência de qualquer outra contribuição que não aquelas previstas para o financiamento da seguridade social (*stricto sensu*)”.

Nesse diapasão, é preciso esclarecer que, embora seja o art. 149 da Constituição Federal o dispositivo que outorga competência à União para a instituição de contribuições sociais, é nos arts. 194 e 195 que, posteriormente, “o constituinte explicita as condições para a sua instituição (competência ordinária e residual) e cobrança (destinação do produto da arrecadação à seguridade social)”. A lição de Spagnol (2004, p. 75) é precisa e prossegue no sentido de firmar que:

Não podemos, pois, em matéria de contribuições sociais, analisar o disposto no art. 149 de forma apartada dos arts. 194 e 195, tendo em vista que o art. 149 não estabelece os contribuintes, fatos geradores ou bases de incidência, nem mesmo define situação de fato ou de direito autorizativa da incidência do tributo. Destarte, a instituição de contribuições sociais deverá estar sempre balizada pelos arts. 194 e 195, por meio dos quais o constituinte explicitou a competência originalmente outorgada pelo art. 149.

Em questionamento à posição tomada pelo Supremo Tribunal Federal na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 2.556 MC/DF,¹⁸⁹ quando foram consideradas constitucionais as contribuições criadas pela Lei Complementar nº 110, de 29 de junho de 2001, Machado Segundo (2005, p. 158-160, grifos nossos) contradita que a classificação adotada, de “contribuições sociais gerais”, não se enquadra em nenhuma das finalidades arroladas no art. 149 da Constituição, na medida em que:

[...] tais contribuições não se prestam à intervenção no domínio econômico, não são arrecadadas no interesse de categorias profissionais ou econômicas, e muito menos se destinam — nem mesmo em tese — à seguridade social. Sua finalidade, no caso, é suprir o *déficit* nas contas do FGTS, causado pela imposição, reconhecida pelo Poder Judiciário, de que as mesmas fossem corrigidas satisfatoriamente pelo Governo Federal. Como o FGTS é um “direito social” do trabalhador, custeá-lo seria, de uma forma ou de outra, uma finalidade “social”.

Com essa solução, porém, o Supremo Tribunal Federal abriu *janela* sem precedentes na divisão das rendas tributárias, e na própria discriminação de competências para a União instituir contribuições. [...]

¹⁸⁹ ADI nº 2.556 MC/DF, Rel. Min. Moreira Alves, julgamento em 09.10.2002, DJI, p. 87, 08 ago. 2003.

Mesmo sem entrar em tais discussões, importa colher a afirmação, de resto admitida, de que a limitação constitucional à criação e à cobrança de contribuições é, por excelência, a vinculação destas a uma finalidade específica e determinada na própria Carta Magna. Ao dizer-se isso, pressupõe-se que essa finalidade seja certa, de sorte a distinguir as contribuições dos demais tributos, e também distingui-las entre si.

O que é, então, uma contribuição social geral, sem finalidade determinada de modo específico na Constituição? Parece-nos, pura e simplesmente, uma *enorme contradição, que serve de disfarce para a instituição de impostos inconstitucionais*. Dizer-se contribuição sem finalidade específica é o mesmo que dizer contribuição que não é contribuição: absurdo que dispensa maiores comentários.

O risco a que se refere Machado Segundo (2005) é significativo, porquanto representa a possibilidade de a União arguir que qualquer das suas ações relativas à Ordem Social (Título VIII da Constituição de 1988)¹⁹⁰ é finalidade que justificaria a instituição de novas contribuições sociais “gerais”, em dissonância da sistemática instituída pelo art. 195, §4º, da CR/1988, e em detrimento da sistemática constitucional de repartição intergovernamental de receitas.

Inquieto com essa possibilidade assustadora e ilimitada, Machado Segundo (2005, p. 162) lança ao debate a seguinte problemática: “em face de contribuições gerais, que sentido teria o sistema de atribuição de competências e estabelecimento de limitações para a instituição de impostos e taxas federais?” A advertência de Machado Segundo (2005, p. 162) vai mais longe quando considera que o “espectro de tais contribuições seria tão amplo que tudo engolfaria, e todos os tributos federais poderiam com folga ser substituídos por contribuições, submetidas apenas aos arts. 146, III e 150, I e III. Perderia o sentido todo o Sistema Tributário Nacional”.

Ávila (2004, p. 258-259, grifos nossos), nessa mesma linha de raciocínio, alerta que:

Admitir que a União Federal possa instituir contribuições sociais gerais, com base no artigo 149, é esvaziar o conteúdo normativo do artigo 195, tanto da regra de competência ordinária quanto da regra de competência residual, já que não haverá mais função alguma nem para limitar a

¹⁹⁰ Machado Segundo (2005, p. 162) bem lembra que “as finalidades de cunho social não são encontradas apenas nos arts. 193 a 232 da Carta Magna, mas em todo o seu texto, sendo a CF/88, em muitas de suas dimensões, uma Constituição do Estado Social. Assim, praticamente todas as atividades desenvolvidas pela União Federal envolvem aspectos sociais, e poderiam dar azo à instituição de contribuições sociais ‘gerais’”.

instituição de determinados fatos, pois o poder abrangerá quaisquer fatos, nem para criar uma válvula de escape somente exercitável por meio de lei complementar relativamente a outros fatos, pois a competência ordinária será exercida por meio de lei ordinária sobre qualquer fato sem vinculação a finalidades determinadas. *Esse tipo de interpretação despreza a estrutura constitucional, transformando a limitação no seu contrário: falta de limites.*

[...] a interpretação no sentido de que haveria competência para a instituição, pela União Federal, de outras contribuições sociais sobre quaisquer fatos, desprezaria a estrutura da Constituição e os seus princípios fundamentais. Dentre esses princípios está o princípio federativo. Esse princípio deve orientar, *por dentro*, a interpretação das próprias regras de competência, deve ser escolhida aquela que melhor se harmonizar com os princípios e, no caso, com o princípio federativo. *No caso das contribuições, privilegiar o princípio federativo na interpretação abstrata das regras de competência traz duas consequências.*

Em primeiro lugar, *importa optar pela interpretação que limita a competência da União para instituir outras contribuições sociais, na medida em que sua flexibilização legitimaria a escolha pela instituição de novas contribuições sociais cuja receita, à diferença daquela proveniente dos impostos federais, não precisa ser repartida com Estados e Municípios.*

Em segundo lugar, importa optar pela interpretação que limita a competência da União para instituir contribuições que incidam sobre os mesmos fatos que compõem o âmbito de incidência dos impostos federais partilhados com outros entes federativos, pois *sua flexibilização legitimaria a redução dos impostos partilhados em favor da instituição ou aumento das contribuições não partilhadas.*

Não é sem razão que Spagnol (2002, p. 153) afirma contundentemente que a

Constituição Federal não consagra por meio dos arts. 149, 194 e 195 dupla regra matriz de competência para a instituição de contribuições sociais. Em verdade, o art. 149 outorga competência para a instituição do tributo, cujos termos e condições se encontram explicitados nos arts. 194 e 195.

Isso ocorre porque, conforme leciona o autor sob comento (2004, p. 78), não se encontra no art. 149 “indicação de bases de incidência ou a eleição de sujeitos passivos possíveis nos moldes erigidos no texto do artigo 195”. Para Spagnol, “entender o contrário seria o mesmo que defender a outorga ‘em branco’ de competência impositiva à União Federal” (2004, p. 78).

Assim, em relação às contribuições sociais que sejam destinadas — conforme explícita previsão constitucional — para outras políticas públicas sociais específicas (salário-educação, PIS/Pasep, Finsocial e contribuições corporativas do Sistema “S”), tem-se que estariam fora da sistemática do art. 195 da CR/1988 porque, segundo Spagnol (2002, p. 153), seriam hipóteses “excepcionadas pela Constituição nos exatos termos da legislação a ela preexistente. Não há competência legislativa para a sua alteração posteriormente ao texto de 1988”.

Por outro lado, Machado Segundo (2005, p. 151) ainda denuncia que restarão esvaziadas as normas inscritas nos arts. 154, I, e 157, II, da CR/1988, se for aceita a tese esposada pelo STF no julgamento do pedido de medida cautelar na ADI nº 2.556/DF de que a União pode instituir “contribuições sociais gerais”. De acordo com Machado Segundo (2005, p. 151, grifos nossos),

Ainda que se admita, em face da literalidade dos arts. 149 e 195 da CF/88, que a União Federal pode criar as mais diversas contribuições, sejam de intervenção no domínio econômico, de custeio da seguridade social (destinadas porém ao orçamento fiscal federal), ou ainda “sociais gerais”, deve-se reconhecer que *tal interpretação torna carentes de sentido os arts. 154, I e 157, II, da CF/88*. Como se sabe, tais artigos tratam, respectivamente, da competência da União para instituir impostos residuais, e da necessidade de o produto da arrecadação de tais impostos ser partilhado com os entes federados periféricos.

Dotada de competência tributária de tamanha amplitude, a União jamais se utilizaria — como jamais se utilizou — de impostos residuais. Além das contribuições de seguridade, que não integram orçamento autônomo, deve-se reconhecer que “intervenção na economia” e “finalidades sociais gerais” são conceitos tão amplos que autorizam, praticamente, a instituição de qualquer tributo, sobre qualquer fato gerador, a ser exigido de qualquer contribuinte. Uma competência impositiva ilimitada.

Em outras palavras, dotada de tão extensa competência, a União poderia instituir inúmeras e incontáveis contribuições. Além das destinadas à seguridade, a União poderia instituir “contribuições sociais gerais” para financiar atividades relacionadas aos índios, aos idosos, às crianças, à educação, à saúde etc. etc. Relativamente às Cide’s, poderia instituir exações para preservar o meio ambiente, para “livrar de descompasso” os mais variados setores da economia, para preservar o pleno emprego, para proteger consumidores etc. etc.

Enfim, como toda atividade desenvolvida pela União Federal causa alguma repercussão na economia, ou tem algum propósito social (afinal, o Estado foi criado para uma finalidade “social”), as contribuições referidas no art. 149 poderiam — diante da literalidade do dispositivo — custear todas, ou quase todas, as atividades da União. Perderia sentido, com isso, o equilíbrio que

os arts. 153, 155 e 156 da CF/88 *tentaram estabelecer, bem como restariam completamente esvaziados os arts. 154, I e 157, II, que procuraram preservar esse equilíbrio*.

Além de obter fontes de receitas não partilhadas com os entes federados, a União poderia ainda invadir a competência de Estados e Municípios, criando tributos que são próprios — e deveriam ser exclusivos — destes entes periféricos.

Para Afonso (2005, p. 9), trata-se esse movimento de uma verdadeira “recentralização tributária”, na medida em que a arrecadação total dos três níveis da federação representou, em 2004, 36,8% (trinta e seis inteiros e oito décimos) do PIB e a União sozinha absorveu (já descontadas as transferências intergovernamentais) 21,7% (vinte e um inteiros e sete décimos) do PIB. Conforme se depreende da Tabela 14, a União, de 1998 a 2004, aumentou sua participação percentual no total da arrecadação em 2,7 (dois inteiros e sete décimos) pontos percentuais, o que claramente significou menor disponibilidade relativa de recursos para estados, Distrito Federal e municípios.

TABELA 14

Recentralização tributária em favor da União no período de 1998-2004

Ano	Arrecadação total em % do PIB	Receita federal disponível em % da arrecadação total
1998	29,6	56,2
1999	31,7	57,0
2000	32,7	56,7
2001	34,3	57,1
2002	35,8	57,7
2003	35,2	58,1
2004	36,8	58,9

Fonte: AFONSO, 2005, p. 9.

Cumpre, pois, questionar os limites normativos desses movimentos promovidos pela União de desvencilhar-se, por um lado, do peso proporcional das transferências obrigatórias sobre o conjunto da sua arrecadação e, por outro, buscar superar as vinculações orçamentárias inscritas na Constituição de 1988, por meio de instrumentos como o Fundo Social de Emergência (FSE), o Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e a Desvinculação de Receitas da União (DRU).

É preciso resgatar, diante desse cenário, a plena força normativa do princípio federativo na Carta de 1988, pois a forma federativa de Estado vigente no Brasil pressupõe que as competências foram distribuídas tanto para que os três níveis da federação se desincumbam de seus deveres constitucionais, como também para que eles tenham meios e recursos materiais suficientes para o desempenho de suas atividades.

À luz de tal princípio sensível¹⁹¹ da Constituição, somente seria constitucionalmente adequado o uso discriminado¹⁹² pela União das suas competências tributárias se, de fato, a instituição de novas contribuições sociais, bem como a majoração das já existentes, estivesse sendo revertida em favor da seguridade social e das demais finalidades expressamente previstas no art. 149 da CR/1988.

Na raiz do conceito de competência, a União somente pode instituir contribuições sociais para a seguridade social e, por causa da manutenção da seguridade, não repartir o produto da arrecadação com aquelas contribuições, se ela promover o dispêndio de tal receita vinculada exclusivamente com as ações de saúde, previdência e assistência sociais.

Não obstante tal finalidade social dada em abstrato pela CR/1988, a realidade fática dos mecanismos federais de desvinculação aponta para a perda da correlação¹⁹³ entre destinação e instituição de contribuições sociais. A esse respeito, severa é a conclusão de Machado Segundo (2005, p. 198) com relação ao impacto desproporcional da recentralização tributária — havida no Brasil durante as décadas de 1990 e 2000 com a expansão das contribuições sociais — sobre a forma federativa de Estado, já que “em face da atual conjuntura brasileira, aliás, notadamente diante da ‘Desvinculação de Receitas da União’, o que se percebe é que as contribuições não estão se mostrando sequer adequadas para atender suas finalidades” (MACHADO SEGUNDO, 2005, p. 198, grifos do autor).

Controvérsia se instaura quando se percebe que, até 31.12.2015 (e assim vem sendo desde 1º.03.1994), o montante de 20% (vinte por cento) da arrecadação das contribuições sociais não se encontra destinado à seguridade, por força do dispositivo de desvinculação de receitas inscrito sucessivamente nos arts. 71, 72 e 76 do ADCT da CR/1988.

¹⁹¹ O pacto federativo define a forma de Estado no Brasil e integra o rol de cláusulas pétreas da Constituição de 1988, na forma dos arts. 1º, *caput*, 18 e 60, §4º, inc. I.

¹⁹² Em clara tendência contracionista e antirredistributiva em relação a estados e municípios.

¹⁹³ Tal correlação é imprescindível, por ser critério de verdadeira “validação constitucional”, tal como afirma Greco (2000).

Embora tenha havido várias¹⁹⁴ emendas ao texto do Ato das Disposições Transitórias da Constituição de 1988 que dessem algum amparo normativo à figura da desvinculação de receitas, deve-se buscar entender a relação sistêmica entre tais figuras e suas implicações para a discursividade democrática. Tal abuso não pode ser contido no simples e ingênuo fundamento de exercício discricionário das competências tributárias pelos poderes políticos da União (especialmente ao Chefe do Poder Executivo).

O contexto de estabilização econômica da década de 1990 foi usado para justificar o avanço da pretensão arrecadatória da União sobre as contribuições sociais (por definição, não suscetíveis de repartição federativa). E, como não bastava arrecadar mais com contribuições sociais, pois elas têm destinação específica na forma dos arts. 149 e 195 da CR/1988, promoveu-se sua desvinculação em detrimento do orçamento da seguridade social. A contingência econômico-financeira da União serviu àquela época como discurso emergencial para a rota acima insinuada, mas ainda se mantém já passadas mais de duas décadas desde sua instituição como medida extrema, urgente e transitória. Ou seja, a distorção tem se perenizado à revelia do pacto federativo e das garantias constitucionais relativas ao financiamento da seguridade social.

A esse respeito, clara é a síntese de Mendes (2009, p. 79), para quem “o Brasil passou a viver, desde 1999, um regime fiscal em que se expande a receita com dois objetivos: a) financiar a despesa primária rígida e crescente; e b) gerar recursos suficientes para pagar juros da (elevada) dívida pública, de modo a evitar o crescimento explosivo dessa dívida”.

Diante da premência de gerar receitas, sem reparti-las e sem aplicá-las devidamente nos setores a que se destinam constitucionalmente, a União engendrou uma fórmula jurídica questionável, mas de elevada eficácia econômico-financeira. Senão veja-se uma objetiva descrição do raciocínio econômico¹⁹⁵ segundo o qual foi concebido todo esse processo:

¹⁹⁴ Para fazer vigorar o mecanismo de desvinculação de receitas da União de 1994 até 2015, contabilizam-se 7 (sete) emendas, todas elas via ADCT, a seguir arroladas:

1. Emenda Constitucional de Revisão nº 1, de 1º de março de 1994;
2. Emenda Constitucional nº 10, de 04 de março de 1996;
3. EC nº 17, de 22 de novembro de 1997;
4. EC nº 27, de 21 de março de 2000;
5. EC nº 42, de 12 de dezembro de 2003,
6. EC nº 56, de 20 de dezembro de 2007 e
7. EC nº 68, de 21 de dezembro de 2011.

¹⁹⁵ Tal sequência soa ainda mais assustadora quando lida diretamente de um analista econômico como Mendes (2009, p. 80-81, grifos em negrito nossos), para quem: “[P]ara se obter o

1. Reconhecimento da necessidade de se buscar o equilíbrio fiscal por meio do aumento de receita tributária, além do contingenciamento de despesas;
2. Descarte da hipótese do aumento de impostos, porque tal incremento de receitas se sujeita às regras de repartição constitucional;
3. Proposta da arrecadação de contribuições sociais e de intervenção no domínio econômico como alternativa à majoração dos impostos; e, por fim,
4. Superação do problema da destinação vinculada das contribuições do art. 149 da CR/1988 com a instituição da desvinculação de receitas.

equilíbrio fiscal, buscou-se o aumento da receita. [Havia, contudo, uma restrição adicional à expansão da receita. Elevar a arrecadação de impostos seria pouco produtivo para o ajuste das contas da União. Primeiro, porque os principais impostos existentes são partilhados com estados e municípios; de modo que parte do ganho de arrecadação teria de ser repassado aos governos subnacionais. Segundo, porque a Constituição estabelece que 20% da arrecadação de qualquer novo imposto criado pela União deve ser partilhado com estados e municípios.]

Por isso, a solução encontrada foi o aumento da receita via criação e elevação de aliquotas de contribuições sociais e econômicas. Essas contribuições não só não precisavam ser partilhadas com estados e municípios, como também, em alguns casos, não estavam sujeitas ao princípio da anualidade, segundo o qual o tributo só pode ser cobrado no exercício seguinte àquele em que foi instituído. [...]

Contudo, esta solução não era perfeita, pois as receitas de contribuições são, por definição, vinculadas às ações para as quais foram criadas. Por exemplo, o art. 195 da Constituição lista os tipos de contribuições sociais que podem ser criados para o financiamento da seguridade social. Todas as contribuições sociais sobre folha de salários, receita, lucro ou faturamento de empresas; bem como aquelas cobradas sobre o salário dos trabalhadores, devem ser destinadas ao custeio de ações de seguridade (previdência social, assistência social e saúde). De forma similar, a Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico (Cide) deve ter seus recursos destinados a financiar programas de infra-estrutura de transportes, projetos ambientais e subsídios aos preços e transportes de combustíveis.

Se o objetivo da expansão da receita fosse apenas financiar a despesa crescente, a vinculação das contribuições não seria um problema significativo. Afinal, como será mostrado adiante, parte significativa da expansão dos gastos ocorre na órbita do orçamento da seguridade social, tanto em função da expansão do salário mínimo, quanto da ampliação dos benefícios sociais e das despesas mínimas obrigatórias em saúde.

As contribuições estavam sendo elevadas não apenas para financiar a expansão dos gastos da seguridade social, mas também para gerar recursos suficientes para pagar os juros e amortização da dívida pública.

Como fazer, então, para permitir que parte da receita adicional, levantada mediante a criação ou aumento de aliquotas de contribuições, fosse desvinculada do uso nas áreas predefinidas pela Constituição, podendo ser utilizadas no pagamento do serviço da dívida pública?

A solução encontrada foi a criação da regra da “Desvinculação das Receitas da União (DRU)”, que também já foi chamada de “Fundo Social de Emergência (FSE)” e de “Fundo de Estabilização Fiscal”; e que vige, ininterruptamente, desde 1994.”

De acordo com Mendes, “a principal função da DRU é, portanto, *permitir o livre uso de recursos arrecadados por contribuições sociais*, seja para financiar despesas primárias que, originalmente, não poderiam ser financiadas por aquelas contribuições, seja para financiar o pagamento dos juros da dívida pública” (2009, p. 81).

A análise empreendida pelo autor em comento (2009) vai direto ao ponto: diante de um problema econômico estrito, não parece haver para o Ministério da Fazenda constrangimento algum em se redesenhar todo o arranjo constitucional do financiamento da seguridade social.

O redesenho tributário em pauta evidencia verdadeiro conflito entre finalidades públicas a que as receitas vinculadas deveriam se destinar. No caso ora analisado do manejo das competências tributárias inscritas constitucionalmente — e em especial da competência do art. 149 para criar contribuições sociais —, trata-se de “fraude à Constituição”, de acordo com a lição de Machado Segundo (2005, p. 181), ou ainda de “burla à discriminação constitucional de competências”, tal como bem acentuou Derzi (2002, p. X).

Do exposto depreende-se que o círculo vicioso que se denunciou há pouco envolve não só um conflito de finalidades “públicas” no manejo das receitas tributárias, como também implica “flexibilizar” — em burla à discriminação constitucional de competências e, por isso, desarrazoadamente — o sistema constitucional de partilha de receitas entre os entes da federação e a sistemática tributária de garantia de financiamento de direitos fundamentais inscrita no art. 149 da Constituição de 1988.

O quadro normativo das receitas tributárias da União — tal como o descreve Machado Segundo (2005, p. 163, grifos do original) — apresenta-se de forma tão desarrazoada que

A demolição do Sistema Tributário causada pela admissão de contribuições sociais gerais [que além de não terem finalidade específica definida constitucionalmente, ainda passariam pela desvinculação de receitas da União] não traria malefícios apenas aos contribuintes, que seriam submetidos a uma tributação ainda mais imprevisível, incompreensível e irracional. Os maiores prejudicados seriam os Estados e os Municípios, com sérios abalos na forma federativa de Estado, alçada ao patamar pétreo da CF/88. [...] Dependentes financeiramente do poder central, Estados e Municípios teriam — como às vezes têm — a liberação de verbas para suas necessidades locais condicionada ao atendimento das exigências feitas pelo poder central. A autonomia seria meramente ornamental.

Foi por essa razão que a CF/88 cuidou de dividir a competência tributária entre União, Estados e Municípios, redobrando seus cuidados no trato

da chamada *competência residual*, cujos impostos com base nela criados não de ter o produto de sua arrecadação partilhado entre Estados e Distrito Federal (CF/88, art. 157, II). [...] De fato, o desequilíbrio gerado por essa espécie tributária, verdadeira brecha que se abre na competência residual da União, que se torna assim ilimitada e não partilhada, tornaria sem efeito a divisão de competências feita pela Constituição Federal.

A Administração Pública Federal — em vez de promover, discursiva e proceduralmente, a apuração do que seja interesse público diante de cada caso concreto — tem, nesse contexto, perseguido apenas seu interesse privado, arbitrária e inconstitucionalmente. E arbitrio houve no processo denunciado por Machado Segundo e Machado (2003, p. 287-288), segundo o qual o alargamento desarrazoado¹⁹⁶ das contribuições sociais limitou a autonomia de estados e municípios.¹⁹⁷ Eis o que os supracitados autores chamaram de “deformação” do “perfil inicialmente traçado pela CF/88” (2003, p. 288).

A tudo isso se soma a instituição e prorrogação da desvinculação¹⁹⁸ de receitas da União (DRU) ao longo de 7 (sete) emendas constitucionais

¹⁹⁶ Tal alargamento é desarrazoado, porque implica uma fusão das seguintes variáveis: a instituição de contribuições sociais gerais, o avanço proporcional das contribuições sociais no conjunto da arrecadação federal em face da omissão no emprego da competência residual inscrita no art. 154, I, da CR/1988 e a trespidação de parte dessa arrecadação.

¹⁹⁷ Para Machado Segundo e Machado (2003, p. 287-288), os efeitos das contribuições sociais sobre a autonomia dos entes subnacionais — no sistema federativo brasileiro — são os seguintes:

“a) aumento desordenado da competência tributária na esfera das contribuições causará, indubitavelmente, desequilíbrio na repartição de rendas tributárias efetuada pelo constituinte originário;
b) contribuições que onerem fatos geradores de impostos estaduais ou municipais podem embaçar o exercício da competência tributária atribuída a estes, na medida em que passarão a extrair parte da capacidade contributiva revelada por um fato que, antes da contribuição, poderia ser tributado em maior intensidade pelo imposto respectivo;
c) contribuições que onerem fatos geradores de impostos federais partilhados com Estados-membros, Distrito Federal e Municípios (v.g. CSLL), instituídas com a consequente diminuição do imposto correspondente (v.g. IRPJ), representarão clara diminuição da participação dos demais entes federados na arrecadação tributária federal;
d) contribuições podem eventualmente vir a ser utilizadas para onerar Estados-membros, Distrito Federal e Municípios, contornando a proibição representada pela imunidade recíproca e chegando ao prejudicial resultado por ela combatido”.

¹⁹⁸ A rigor, as receitas públicas não têm destinação alguma, por força da vedação expressa do art. 167, IV, da CR/1988, qual seja, a de que não se pode vincular impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas as próprias previsões constitucionais que garantem: (i) as transferências tributárias intergovernamentais a que se referem os arts. 158 e 159; (ii) a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde, na forma do art. 198, §2º; (iii) a destinação de recursos para manutenção e desenvolvimento do ensino, de acordo com o já citado art. 212; (iv) a destinação de recursos para realização de atividades da administração tributária (art. 37, XXII), conforme redação dada pela Emenda Constitucional nº 42/2003; e (v) a prestação de garantia às operações de crédito por antecipação de receita, segundo os arts. 165, §8º, e 167, §4º.

via Ato das Disposições Constitucionais Transitórias,¹⁹⁹ que lhe assentaram a vigência para, pelo menos, vinte e um anos (de 1994 a 2015).

Ora, essa redefinição restritiva — via ADCT — das prioridades alocativas inscritas no texto constitucional tem sido empreendida sem que isso tenha sido explícita e diretamente discutido e aprovado pelo Legislativo na forma de emenda aos dispositivos permanentes da CR/1988, para rever as próprias vinculações ali instituídas para execução de gastos mínimos (arts. 198, §2º, e 212) e para destinação de receitas (arts. 149 e 195).

Desvio de finalidade e falta de transparência ocorre no seio do instituto da desvinculação de receitas da União exatamente em função de estar sendo ele reinstituído e interpretado inequivocamente contra a própria finalidade publicística a que veio. Na origem, a DRU era FSE e visava aplicar maiores recursos “no custeio das ações dos sistemas de saúde e educação, benefícios previdenciários e auxílios assistenciais de prestação continuada, inclusive liquidação de passivo previdenciário, e outros programas de relevante interesse econômico e social”, tal como previa a parte final do *caput* do art. 71 do ADCT.

Ao instituir uma regra transitória paralela e retirar do cenário em que a discussão sobre haver despesas mais ou menos vinculadas diz do rol de prioridades do corpo permanente da Constituição de 1988, o Poder Executivo da União conseguiu mitigar o nível (determinado constitucionalmente) de obrigatoriedade de alocação de recursos para gerir, em sede de decisões administrativas discricionárias, uma crise financeira “excepcional”.

Em consonância com o princípio da proporcionalidade, a desvinculação — como mecanismo precário e excepcional que era para ser — não poderia, por força da reiteração de emendas constitucionais, vir a representar uma medida estendida no tempo de redefinição pela tangente das prioridades constitucionais.

Contudo, é exatamente esse o efeito mais direto da DRU: a redefinição de vinculações de fonte específica de receitas (até porque isso muda a natureza tributária das contribuições sociais) e a mitigação proporcional da vinculação de gastos mínimos com determinadas políticas públicas.

Objetivamente, o que se tem feito com tais mecanismos de desvinculação de receitas é reduzir as disponibilidades orçamentário-financeiras que capacitam o Estado a garantir direitos sociais que, por

¹⁹⁹ Vale aqui reiterar a sua citação, a saber, Emenda Constitucional de Revisão nº 1, de 1994, e Emendas Constitucionais nº 10, de 1996, nº 17, de 1997, nº 27, de 2000, nº 42, de 2003, e nº 56, de 2007.

sua relevância, tiveram garantia constitucional de financiamento, seja pela via da receita vinculada, seja pela via do patamar mínimo de gasto.

A única boa nova, que se pode apontar nesse sentido, adveio da Emenda Constitucional nº 59/2009, segundo a qual, a partir de 2011, a DRU deixou de incidir sobre os recursos vinculados à política pública da educação. Esse é o resultado de uma necessária “renegociação” federativa, promovida, institucionalmente, pelos representantes estatais e movimentos sociais de defesa da educação. Daí resultou a inserção do seguinte §3º, no art. 76 do ADCT:

§3º Para efeito do cálculo dos recursos para manutenção e desenvolvimento do ensino de que trata o art. 212 da Constituição, o percentual referido no *caput* deste artigo será de 12,5% (doze inteiros e cinco décimos por cento) no exercício de 2009,5% (cinco por cento) no exercício de 2010, e nulo no exercício de 2011.

Enquanto na educação foi conquistada a progressiva mitigação dos efeitos da DRU, na forma do acima disposto, na saúde segue o impasse da insuficiente regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000... Não se trata apenas de editar uma lei complementar, como aliás já feito com a LC nº 141/2012, pois a principal omissão presentemente vivenciada durante a vigência da “Emenda 29” (tal como foi apelidada) refere-se à necessária renegociação federativa do custeio do SUS.

De tal impasse e sua consequente estagnação programática cuidará o tópico a seguir.

4.2.1.2 Controvérsias interpretativas oriundas da falta de regulamentação da EC nº 29/2000

A falta de regulamentação durante o período de 2005 a 2012 da Emenda Constitucional nº 29/2000 e sua insuficiente abordagem feita pela Lei Complementar nº 141/2012 historicamente impactaram negativamente o próprio alcance do arranjo protetivo da política pública de saúde, além de haverem deixado legado de estagnação interpretativa para a eficácia do direito fundamental à saúde. As maiores repercussões financeiras de tal estado da arte se deram em três níveis cumulativos de esvaziamento do dever constitucional de financiamento mínimo das ações e serviços públicos de saúde.

O primeiro nível reside na tendência de regressividade proporcional que a forma de cálculo do valor devido pela União evidenciou

ao longo do período observado a partir de 2000. Isso porque o critério de cálculo do patamar mínimo de gasto da União (seja tal como definido no ADCT, seja na LC nº 141/2012) preocupou-se apenas com a variação nominal do PIB, desconhecendo a necessidade de manter alguma referência de proporção com o crescimento da própria Receita Corrente Líquida federal.

Na forma do art. 77 do ADCT e dos arts. 5º a 8º da LC nº 141/2012, enquanto os estados e municípios devem gastar com a política pública de saúde determinado percentual fixo da receita de impostos e transferências constitucionais, a União não tem qualquer vinculação de gasto com o comportamento progressivo, ou não, de sua receita.

Isso, por si só, tem permitido ao Governo Federal despregar-se de qualquer proporção histórica de gasto em saúde em face do volume total das suas receitas. Como se verá adiante, o crescimento das receitas correntes federais tem sido, na média, consideravelmente superior à variação do PIB. Por essa razão é que se fala, desde já, em regressividade do gasto federal em saúde, quando observada a proporção de tal gasto sobre o volume anual da Receita Corrente Líquida.

No segundo nível de esvaziamento, devem ser avaliados os parcos instrumentos jurídicos existentes até a edição da LC nº 141/2012 de controle da inclusão de despesas outras no *quantum* devido de despesas mínimas em saúde, como se verá com o estudo de caso da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 45 (ADPF) intentada perante o Supremo Tribunal Federal.

Por fim, o terceiro nível de progressivo esvaziamento da força normativa da EC nº 29/2000 se recrudescceu com o decurso do tempo sem a sua regulamentação, notadamente entre os anos de 2005 a 2012. Isso porque a força integradora do SUS restou mitigada, e mesmo com a LC nº 141/2012 segue mitigada pela falta de critérios substantivos de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, e dos estados destinados a seus respectivos municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais.

Sem a forte e consistente dicção desses critérios reclamados pelo inc. II do §3º do art. 198 da Constituição, abre-se espaço para a pura e simples omissão federal, ademais de permanecerem inquestionadas as disparidades regionais no âmbito do SUS. Inegavelmente, trata-se de uma lesão perpetrada concomitantemente contra o financiamento da política pública de saúde e contra o próprio pacto federativo.

Em qualquer dos três níveis suscitados de esvaziamento, a forma de cálculo do valor determinado pela EC nº 29/2000 e pela LC

nº 141/2012 como cota de responsabilidade da União tem sido contabilmente interpretada em desfavor da área da saúde.

Explica-se tal linha restritiva de interpretação exatamente pela debilidade das regras operacionais no art. 198 da Constituição, o qual apenas estabelece o dever de financiamento mínimo no SUS, sem fixar comandos diretos. A técnica legislativa então adotada foi a de remeter tais assuntos ao legislador infraconstitucional, prevendo apenas uma regra de transição, enquanto a lei complementar solicitada não fosse editada.

No art. 77 do ADCT e, posteriormente, nos arts. 5º a 8º da LC nº 141/2012, portanto, os estados e municípios, de um lado, tiveram a fixação de percentuais de gasto (respectivamente, 12% e 15%) em face da receita de impostos e de recursos recebidos de transferências, como as que são veiculadas por meio do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). De outro, o montante de recursos a ser aplicado pela União, diferentemente disso, decorreria da seguinte equação: despesa empenhada do ano anterior corrigida pela variação nominal do PIB.

Problema reside na forma de cálculo dessa equação para a União, pela dificuldade de fixação normativa quanto à base de cálculo sobre a qual incidiria a variação nominal do PIB. Não há clareza sobre se o total de despesas empenhadas deveria ser o referente à base fixa calculada para o ano anterior na forma da lei orçamentária anual (LOA), ou se ao valor total das despesas efetivamente empenhadas até dezembro do ano imediatamente anterior ao do orçamento que será executado (base móvel).

Segundo bem avaliaram Campelli e Calvo (2007, grifos nossos),

o Governo Federal está sujeito a distintas interpretações, a depender da posição adotada em relação aos dois principais dissensos: a definição sobre quais gastos podem ser considerados como ações e serviços públicos de saúde; e a base de cálculo a ser utilizada para a previsão mínima de recursos, que consiste na contraposição entre os critérios de “base móvel” e “base fixa”. Para a União, em 2000, o montante mínimo aplicado em ações de saúde deveria ser o valor empenhado em 1999 acrescido de 5%. Nos anos seguintes, entre 2001 e 2004, o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB.

Pelas interpretações “base fixa” versus “base móvel” pode-se concluir tanto pelo cumprimento da EC nº 29 quanto pelo seu desrespeito por parte do Governo Federal. *A primeira interpretação, denominada como “base fixa”, defende que o percentual de variação do PIB nominal é aplicado sobre o valor mínimo de recursos calculado para o ano anterior.* Tal entendimento

é defendido, fundamentalmente, pelo Ministério da Fazenda, pela Advocacia Geral da União e pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. A segunda interpretação, denominada como “base móvel”, defende que o termo “apurado” deve ser entendido como “empenhado”, à semelhança do que foi definido pela EC nº 29 para o ano 2000. Essa interpretação é compartilhada pelo Ministério da Saúde, pelo CNS e pelo Tribunal de Contas da União (TCU), entre outros. *Sob o enfoque de “base móvel”, o percentual de variação do PIB nominal é aplicado sobre o volume de recursos executado no ano anterior, exceto quando este for inferior ao piso mínimo calculado.* Pode-se ver que as distintas interpretações da EC nº 29 confundem o acompanhamento e a avaliação acerca do cumprimento desta. Na União, de acordo com o critério de “base fixa”, vê-se que a EC nº 29 teria sido cumprida, excetuando o exercício de 2003. Contudo, se o critério utilizado fosse o de “base móvel”, a União teria cumprido a EC nº 29 apenas em 2000. Merece fazer menção ao Acórdão nº 957/2005 do TCU, de 13 de julho, que reafirma que o método considerado correto a ser adotado pela União, exigido pela EC nº 29, é chamado critério de “base móvel” e que os gastos realizados por meio do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, bem como os gastos do Programa Bolsa-Família, não devem ser considerados parte integrante dos recursos aplicados em Ações e Serviços Públicos em Saúde. Além disso, a Resolução nº 322 do [Conselho Nacional de Saúde] também não reconhece a natureza desses gastos para o cumprimento da EC nº 29.

A interpretação firmada pelo Tribunal de Contas da União (por meio da Decisão nº 143/2002-Plenário, e do Acórdão nº 957, de 13 de julho de 2005) foi, àquela época, desconhecada, sob o argumento de falta da norma regulamentar da EC nº 29/2000, na forma da lei complementar reclamada pelo §2º do art. 198 da CR/1988.

Na Nota Conjunta nº 13/2004 (que traz considerações acerca dos vetos ao Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2005 – Lei nº 10.934, de 11 de agosto de 2004), as Comissões de Orçamentos, Fiscalização e Controle (do Senado Federal) e de Orçamento e Fiscalização Financeira (da Câmara de Deputados) apontaram a pretensão reducionista da União ao discutir a fórmula de cálculo do percentual mínimo de gastos que tal ente deveria promover nas ações e serviços públicos de saúde.

Senão veja-se que o dispositivo vetado no PLDO (de 2004) foi o seguinte §3º do art. 59 da proposição que mais tarde transformar-se-ia na Lei nº 10.934/2004:

§3º Na execução orçamentária de 2005, a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde será equivalente ao maior valor entre o efetivamente empenhado e o mínimo previsto para aplicação em 2004

nessas ações e serviços, corrigido pela variação nominal do PIB de 2004 em relação ao de 2003.

Por seu turno, as razões do veto presidencial calçaram-se nos seguintes argumentos:

Estabelece o dispositivo, para o exercício de 2005, a adoção da maior de uma das duas bases de cálculo na identificação dos recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços de saúde: valor empenhado ou o valor mínimo apurado para aplicação no exercício de 2004.

Veda o art. 167, inciso IV, da Constituição, a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, excetuando, entre outros, as ações e serviços públicos de saúde como determinado pelo art. 198, §2º, da Constituição. Por sua vez, determina este dispositivo constitucional que os recursos mínimos aplicados à saúde serão fixados na forma estabelecida em lei complementar, sendo que, até a edição da mesma, deve ser observada a regra de transição estabelecida no inciso I do art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT.

Ora, o que estabelece o dispositivo inserido no Congresso Nacional é alterar a hipótese fixada no art. 77, inciso I, do ADCT, ao tornar obrigatória a adoção do valor empenhado no exercício de 2004 como base de cálculo para a definição dos recursos mínimos aplicados às ações e serviços públicos de saúde em 2005. Tal medida, assim, apresenta-se como inconstitucional por ampliar a vinculação de receitas de impostos para além do que foi excepcionado pela própria Constituição.

Ora, não era razoável — em face do princípio da máxima eficácia dos direitos fundamentais — que o Poder Executivo da União argumentasse ser inconstitucional regra de cálculo móvel do percentual mínimo de gastos com saúde, sendo que a interpretação desse dispositivo poderia significar a diferença de alguns bilhões de reais a mais ou a menos para as ações e serviços públicos em saúde. Já existe vinculação de gastos com a saúde e, se é possível adotar interpretação que expanda a capacidade de financiamento de tal direito social fundamental, impõe-se que assim seja.

Além do conflito na forma de calcular a base do gasto mínimo da União acima citado, houve a inclusão de gastos diversos na cota do que se reputa ação e serviço público em saúde. Um interessante exemplo desse impasse residiu na manobra empreendida pelo Presidente da República de vetar dispositivo da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) de 2004 que afastava, do cálculo mínimo de gastos em saúde, as despesas relacionadas ao refinanciamento da dívida do Ministério da Saúde e ao pagamento de inativos.

Ora, uma vez ausente a limitação da LDO sobre como identificar quais despesas são ou não gastos regulares em saúde, o Governo Federal poderia de forma não transparente e desarrazoada reduzir o montante mínimo de recursos vertidos para a aludida política pública, em claro descumprimento do disposto na EC nº 29/2000.

Antes, contudo, que o Supremo Tribunal Federal decidisse o mérito do questionamento,²⁰⁰ o Executivo já havia conseguido aprovar nova lei que restaurava o dispositivo vetado (Lei nº 10.777/2003) e, assim, tornara prejudicada a análise.

Não obstante tal prejudicialidade, o relator da citada Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 45 (ADPF nº 045/DF, j. 29.04.2004, DJ, p. 00012, 04 maio 2004), Ministro Celso de Mello, proferiu voto que fixa — devidamente — os limites constitucionais da discricionariedade orçamentária dos poderes Legislativo e Executivo na consecução de direitos sociais.

A decisão do STF, no caso citado, apresentou claramente que não se trata de intervenção injustificada do Poder Judiciário na discricionariedade alocativa dos poderes Legislativo e Executivo, mas de controle sobre omissão inconstitucional e atentatória do direito social fundamental à saúde.

A adoção da ADPF foi adequada, nesse caso, não só para que fosse vedado o retrocesso inconstitucional perpetrado pelo Executivo Federal, como também para que fosse fixada a interpretação constitucionalmente adequada do preceito fundamental sob discussão, qual seja, a regra diferenciada de financiamento do direito fundamental à saúde.

Nesse relevante precedente judicial, o Ministro Celso de Mello afirmou, paradigmaticamente, que não pode o Executivo empregar suas disponibilidades financeiras — sob o emprego da cláusula da “reserva do possível” — para desincumbir-se de seus deveres constitucionais e, assim, deixar de garantir materialmente direitos sociais que respondem pelo “mínimo existencial”:

É certo que não se inclui, ordinariamente, no âmbito das funções institucionais do Poder Judiciário — e nas desta Suprema Corte, em especial — a atribuição de formular e de implementar políticas públicas (JOSÉ CARLOS VIEIRA DE

²⁰⁰ Tal discussão que lhe fora apresentada por meio da ação de Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF nº 045/DF, DJ, p. 00012, 04 maio 2004, julgamento de 29.04.2004) a respeito da inconstitucionalidade do veto ao §2º do art. 55 (posteriormente reenumerado para art. 59) da lei que seria promulgada como Lei Federal nº 10.707/2003.

ANDRADE, “Os Direitos Fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976”, p. 207, item n. 05, 1987, Almedina, Coimbra), pois, nesse domínio, o encargo reside, primariamente, nos Poderes Legislativo e Executivo. Tal incumbência, no entanto, embora em bases excepcionais, poderá atribuir-se ao Poder Judiciário, se e quando os órgãos estatais competentes, por descumprirem os encargos político-jurídicos que sobre eles incidem, vierem a comprometer, com tal comportamento, a eficácia e a integridade de direitos individuais e/ou coletivos impregnados de estatura constitucional, ainda que derivados de cláusulas revestidas de conteúdo programático.

Cabe assinalar, presente esse contexto — consoante já proclamou esta Suprema Corte — que o caráter programático das regras inscritas no texto da Carta Política “não pode converter-se em promessa constitucional incoerente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado” (RTJ 175/1212-1213, Rel. Min. CELSO DE MELLO).

Não deixo de conferir, no entanto, assentadas tais premissas, significativo relevo ao tema pertinente à “reserva do possível” (STEPHEN HOLMES/CASS R. SUNSTEIN, “The Cost of Rights”, 1999, Norton, New York), notadamente em sede de efetivação e implementação (sempre onerosas) dos direitos de segunda geração (direitos econômicos, sociais e culturais), cujo adimplemento, pelo Poder Público, impõe e exige, deste, prestações estatais positivas concretizadoras de tais prerrogativas individuais e/ou coletivas. É que a realização dos direitos econômicos, sociais e culturais — além de caracterizar-se pela gradualidade de seu processo de concretização — depende, em grande medida, de um inescapável vínculo financeiro subordinado às possibilidades orçamentárias do Estado, de tal modo que, comprovada, objetivamente, a incapacidade econômico-financeira da pessoa estatal, desta não se poderá razoavelmente exigir, considerada a limitação material referida, a imediata efetivação do comando fundado no texto da Carta Política. Não se mostrará lícito, no entanto, ao Poder Público, em tal hipótese — mediante indevida manipulação de sua atividade financeira e/ou político-administrativa — criar obstáculo artificial que revele o ilegítimo, arbitrário e censurável propósito de fraudar, de frustrar e de inviabilizar o estabelecimento e a preservação, em favor da pessoa e dos cidadãos, de condições materiais mínimas de existência.

Cumpre advertir, desse modo, que a cláusula da “reserva do possível” — ressalvada a ocorrência de justo motivo objetivamente aferível — não pode ser invocada, pelo Estado, com a finalidade de exonerar-se do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou, até mesmo, aniquilação de direitos constitucionais impregnados de um sentido de essencial fundamentalidade. (ADPF nº 45/DF, Rel. Min. Celso de Mello, DJ, p. 00012, 04 maio 2004, grifos nossos)

A alegada limitação de recursos e disponibilidades materiais — sob pena de afronta ao art. 60, §4º, IV, da CR/1988 — não pode decorrer

da ação do legislador ordinário, nem de emenda à Constituição, pois o Constituinte Originário resguardou fonte de receitas para a seguridade social (art. 195) e assegurou percentual mínimo de gastos com saúde e educação (art. 212). De outro lado, embora o percentual mínimo de gastos com saúde tenha decorrido de emenda constitucional (EC nº 29/2000), tal garantia material de consecução inscrita no art. 198, §2º não poderia ser pura e simplesmente reduzida — sob pena de retrocesso vedado constitucionalmente — sem que outras formas de custeio fossem adicionalmente criadas.

O próximo tópico visa, precisamente, analisar e contraditar a tendência de redução do gasto federal mínimo em saúde, como uma “indevida manipulação da atividade financeira e/ou político-administrativa” da União, na feliz expressão do Ministro Celso de Mello (2004).

4.2.1.2.1 Estabilização ou regressividade (?) proporcional do gasto federal em saúde

Como já dito, a EC nº 29/2000 previu formas diferentes de gasto mínimo para a União, de um lado, e para os estados e municípios, de outro. Para a União foi fixado que o valor aplicado em 1999 seria acrescido, no mínimo, de 5% e, de 2000 a 2004, o valor aplicado no ano anterior seria corrigido pela variação nominal do PIB. Esse fator de correção inclui tanto o índice de inflação, quanto o índice de crescimento do PIB, propriamente dito. Para os estados e municípios, fixou-se um percentual mínimo em face da receita de impostos e oriunda de repartições (algo semelhante à vinculação para a manutenção e desenvolvimento do ensino).

Conforme se depreende da Tabela 15 a seguir, a Receita Corrente Líquida (RCL) da União (que inclui, além da receita de impostos, em especial, a receita de contribuições sociais destinadas à seguridade, da qual a saúde faz parte) cresceu, desde então, em ritmo bastante mais acelerado que a variação nominal do PIB.

Dai decorreu que, desde 2000, a participação percentual do gasto federal no volume total de gastos públicos (dos três níveis da federação) em ações e serviços públicos de saúde diminuiu, assim como caiu a participação proporcional (percentual) dos gastos em saúde no OGU.

TABELA 15

Receita Corrente Líquida e gasto em saúde da União, de 2001 a 2008
(em milhares de R\$)

Exercício	Receita Corrente Líquida (RCL)	Variação nominal da RCL (%)	Gasto em saúde	Varição nominal do gasto em saúde (%)
2008	428.563.288	10,83	48.678.681	9,88
2007	386.681.857	12,17	44.303.491	8,72
2006	344.731.433	13,77	40.750.155	10,05
2005	303.015.775	14,63	37.029.236	13,45
2004	264.352.998	17,53	32.638.719	20,29
2003	224.920.164	11,39	27.132.748	13,34
2002	201.927.320	20,38	23.939.100	10,53
2001	167.739.102	-	21.659.255	-

Fonte: Elaboração própria a partir dos Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária (RREO) da União apresentados no 6º bimestre de cada ano do período considerado (2001 a 2008), expostos na página eletrônica da Secretaria do Tesouro Nacional. Disponível em: <http://www.stn.fazenda.gov.br/hp/lei_responsabilidade_fiscal.asp>. Acesso em: 20 mar. 2010.

Além da distorção acima apontada, tem-se que, a partir de 2005, o art. 77 do ADCT deveria deixar de ser aplicado (por ser norma de duração transitória) e lei complementar deveria ter sido editada no sentido de regulamentar a EC nº 29/2000, o que somente ocorreu em 16.01.2012, com a entrada em vigor da LC nº 141, para que, entre outras coisas, novos limites e critérios fossem indicados para a fixação do limite mínimo de gasto em saúde para os três níveis.

Durante o período de 2000 até o advento da LC nº 141/2012, a aplicação dos limites mínimos definidos pelo art. 77 do ADCT, a título de suprir lacuna deixada pela omissão do legislador infraconstitucional. Mas, com o advento daquela Lei Complementar, a abordagem da matéria não sofreu evolução qualitativa, vez que os seus arts. 5º a 8º mantiveram a mesma lógica do regime anterior fixado pela norma constitucional de transição.

Tal cenário de tratamento diferenciado de custeio federal em face do dever de custeio dos entes subnacionais opera em desconformidade com os princípios constitucionais, sobretudo, o da máxima eficácia dos

direitos fundamentais. Se se pensar a úde à luz do binômio *necessidade-possibilidade* que informa, tipicamente, o direito a prestações (como ocorre com as pensões alimentícias), percebe-se que a União *pode* verter mais recursos ao SUS e às ações e serviços públicos de saúde, na mesma medida em que a saúde *necessita* urgentemente de uma regularidade de financiamento progressivo.

Nada obsta, nesse sentido, que o Judiciário,²⁰¹ em consonância com as metas fiscais da LDO e sem prejuízo dos demais direitos fundamentais, venha a determinar que a União corrija seu patamar anual de gasto não apenas pela variação nominal do PIB (inflação + crescimento ou redução do PIB). A determinação seria ampliativa, na medida em que incluiria a correção também pela variação nominal da Receita Corrente Líquida. Em anos de bonança, a saúde ganharia mais espaço e em anos de crise (como o de 2009, em que houve queda de arrecadação), no mínimo, a correção pela inflação do período.

Nesse sentido, a reserva do possível e o nível de riqueza da sociedade seriam objetivamente aferíveis pelo patamar de variação da Receita Corrente Líquida.

É notória, nesse sentido, a guerra fiscal de despesa que a União tem provocado contra estados e municípios, descentralizando programas de ação e reconcentrando receitas não repartíveis (POCHMANN, 2005), de modo a mitigar a eficácia dos direitos fundamentais prestacionais e o próprio pacto federativo.

Na Tabela 16²⁰² a seguir, percebe-se a evolução da Receita Corrente Líquida e do gasto em saúde, sendo que se o gasto em saúde tivesse — até 2008 (portanto, antes da crise financeira internacional) — adotado o critério de correção pela variação nominal da RCL, ter-se-ia aplicado na saúde — no período de 2001 a 2008 —, cerca de R\$24 bilhões de reais a mais no setor, em termos nominais.²⁰³ Isso sem falar-se especificamente dos efeitos da DRU e da própria atualização monetária dos valores relativos a exercícios passados...

²⁰¹ Quicã em ações civis públicas no âmbito da justiça federal, ou em sede de ADI por omissão.

²⁰² Diferentemente das tabelas que abrem o tópico 4.2.1, a Tabela 16 foi elaborada à luz dos relatórios resumidos de execução orçamentária da União, do 6º bimestre de cada ano dentro do lapso temporal de 2001 a 2008 (RREO), para levantar, tanto quanto possível, o início da vigência da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.

²⁰³ O critério de todos os dados lançados neste estudo é o da sua remissão nominal, ou seja, dos seus valores lançados diretamente. Não se desconhece, contudo, que o valor de R\$24 bilhões anteriormente registrado deveria, para corresponder à realidade inflacionária brasileira, ser corrigido monetariamente. A correção monetária mostrar-se-ia necessária para que o valor fosse concebido em sua expressão atualizada. Ou ainda, ele deveria ser deflacionado aos patamares de 2001 para ser possível uma comparação economicamente adequada da sua base relativa aos demais anos da série histórica.

TABELA 16

Diferença de critério de cálculo do gasto em saúde da União, de 2001 a 2008: variação nominal do PIB *versus* variação nominal da RCL (em milhares de R\$)

Exercício	Cálculo conforme a variação nominal do PIB	Cálculo conforme a variação da RCL	Diferença apurável anualmente
2008	48.678.681	55.426.638	6.747.957
2007	44.303.491	49.933.908	5.630.417
2006	40.750.155	44.516.277	3.766.122
2005	37.029.236	39.128.309	2.099.073
2004	32.638.719	34.134.441	1.495.722
2003	27.132.748	29.043.172	1.910.424
2002	23.939.100	26.073.411	2.134.311
2001	21.659.255	21.659.255	-
Total			23.784.026

Fonte: Elaboração própria a partir dos Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária (RREO) da União apresentados no 6º bimestre de cada ano do período considerado (2001 a 2008), expostos na página eletrônica da Secretaria do Tesouro Nacional. Disponível em: <http://www.stn.fazenda.gov.br/hp/lei_responsabilidade_fiscal.asp>. Acesso em: 20 mar. 2010.

Como se depreende, preliminarmente, dos dados acima apresentados, a vulnerabilidade fiscal do gasto federal nas ações e serviços públicos em saúde tem agravado um desequilíbrio federativo entre a União, de um lado, e os estados e municípios, de outro. Isso porque a União é, sem sombra de dúvidas, a maior arrecadadora unitária do sistema tributário nacional, sem que, concomitantemente, assumam as correspondentes responsabilidades pela progressividade dos direitos sociais inscritos na Carta de 1988.

Configura-se, desse modo, um verdadeiro impasse federativo, quicá, como ensaiado há pouco, uma nova espécie de guerra fiscal. É essa uma guerra, de certo modo, provocada intencionalmente pela União, não só para a redução das despesas constitucionalmente vinculadas, mas também para evitar a repartição de receitas prevista nos arts. 157 a 159 da CR/1988.

4.2.1.2.2 Regressividade do gasto federal em saúde e estagnação do estágio do debate – Resgatando o binômio possibilidade-necessidade na fixação do gasto social federal no SUS

À luz de todo o exposto até aqui, revelaram-se fortes os indícios de uma guerra fiscal causada pela União com a manutenção do critério atual de cálculo dos valores mínimos a serem aplicados em saúde por cada ente da federação, a despeito da responsabilidade solidária no dever de dar concreção ao direito à saúde (art. 196) e da necessidade de rateio federativo que reduza as disparidades regionais (art. 198, §3º, II, ambos da CR/1988).

Trata-se esse de um impasse normativo e financeiro causado pela insuficiente regulamentação feita a pretexto de atender ao comando reclamado pelos §§2º e 3º do art. 198 da CR. O problema é que tal impasse reproduz efeitos para o pacto federativo e para a própria eficácia do direito fundamental à saúde.

A perversa correlação entre o arranjo fiscal²⁰⁴ analisado no tópico anterior e a descentralização das ações e serviços públicos em saúde levou a que a participação dos gastos de estados e municípios no volume total de despesas com o SUS tenha subido de 40,2% em 2000 para 54,1%, em valores aproximados (PIOLA, 2009, p. 13). A perda de importância relativa dos gastos federais seria, portanto, da ordem de 14% do volume total de gastos com o SUS.

A instabilidade federal no financiamento da saúde tão evidenciada, por exemplo, durante o processo de aprovação da Emenda Constitucional nº 56/2007 (que não prorrogou a validade da extinta CPMF), denota claramente um processo histórico de vulnerabilidade dos gastos sociais em face da agenda de estabilização macroeconômica que dominou a década de 1990 e que subsiste na década de 2000.

A tensão fiscal entre a agenda de estabilização monetária e a efetivação dos direitos fundamentais fica expressa na sua situação de vulnerabilidade fiscal, pois, como pertinentemente suscitam Castro *et al.*,

[De 1999 em diante], apesar de o GSF [gasto social federal] ter se mantido em patamar não inferior ao do período anterior [1995-1998], predominou uma tendência de oscilações seguindo o ciclo econômico e os ajustes

²⁰⁴ Tal arranjo, sem prejuízo da conjunção de outros possíveis aspectos, é considerado aqui uma verdadeira guerra fiscal, com as consequentes reconcentração tributária federal e progressiva redução do papel da União no financiamento do SUS.

dos gastos fiscais do governo, principalmente com o deslocamento da prioridade do governo para o pagamento de juros e encargos da dívida pública. Isso acarretou grande aumento dos gastos financeiros do governo e forte ampliação da carga tributária, ampliação ironicamente capitaneada por tributos arrecadados em nome da proteção social. [...] Portanto, alguns desafios estão colocados para a efetiva implementação das políticas sociais nos próximos anos. Entre os mais importantes, está o de *proteger a política social e, consequentemente, o gasto social diante de conjunturas adversas. Os dados revelam a vulnerabilidade dos gastos sociais durante os anos de crise.* (2008, p. 32-33, grifos nossos)

Para fazer face à vulnerabilidade dos gastos sociais denunciada por Castro *et al.* (2008), o Judiciário foi demandado, ao longo de todo o período considerado, como se fora um controlador do atendimento varejista de direitos sociais. Mas a solução individual para problemas estruturais na formulação das políticas de saúde, educação, assistência e previdência social, por exemplo, é tecnicamente miope e temporalmente limitada.

A instabilidade fiscal deliberadamente²⁰⁵ provocada pela União no sistema de financiamento do SUS no período pós-EC n° 29/2000 rompe a percepção da saúde como direito coletivo e solidário, acirrando competições interestorais em toda a seguridade social, como também provoca distorções federativas entre municípios e estados que passam a suportar a sobrecarga de demandas sem correspondente fonte de receitas.

Tal guerra fiscal de despesa decorre, sobretudo, da regressividade do gasto federal no setor e da insuficiente regulamentação do §3° do art. 198, com a redação dada pela Emenda n° 29/2000. Diante desse cenário, revela-se, cada vez mais, como progressivamente inconstitucional a discriminação de critérios em favor da União fixada inicialmente no art. 77 do ADCT e mantida no art. 5° da LC n° 141/2012.

Por conseguinte, seria possível exigir judicialmente da União que ela aplique não apenas o patamar do ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB, mas que — usando o mesmo raciocínio

²⁰⁵ Pertinente, a esse respeito, mostra-se a crítica de Faria (1993, p. 64-65, grifos nossos): "Por meio da 'aplicação seletiva' dessa ordem jurídica assimétrica e fragmentária, mediante a instrumentalização de normas numa direção distinta da que foi originariamente formulada e não-regulamentação de certos direitos para bloquear a implementação dos benefícios que eles asseguram, o Estado subsidiário do corporativismo 'social' revelar-se-ia capaz de gerar um 'efeito de distanciamento' em relação à ordem constitucional em vigor. [...] Em outras palavras, esse efeito permite que a *continua ruptura da legalidade formal do Estado, por causa da 'aplicação seletiva' da lei, não seja acompanhada automaticamente pela quebra da legitimidade desse mesmo Estado*".

jurídico do direito a prestações (fundado no binômio possibilidade-necessidade) e enquanto durar a omissão legislativa — ela promovia a correção pela variação nominal da Receita Corrente Líquida.

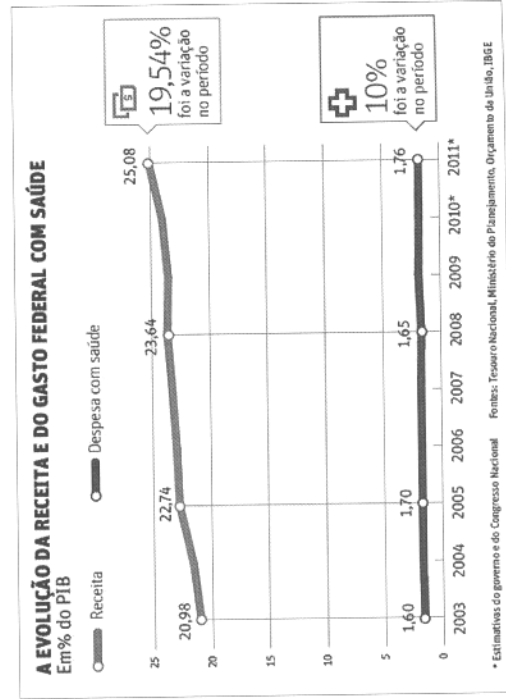
As regras desarrazoadamente distintas do art. 77 do ADCT e do art. 5° da LC n° 141/2012 discriminam os entes da federação de modo contrário não só ao pacto federativo, mas atentam também diretamente contra a máxima eficácia do direito fundamental à saúde. Enquanto estados, DF e municípios aplicam percentual de sua receita de impostos, a União aplica o montante do gasto do ano anterior corrigido apenas pela variação nominal do PIB (ou seja, inflação + crescimento do PIB).

Ao longo do tempo, o resultado é uma menor participação do gasto federal no volume total de recursos públicos disponíveis para o SUS, assim como uma menor participação do gasto em saúde no volume total de receitas da União. Isso porque a receita federal cresce mais rápido que o PIB e a União corrige seu patamar de gasto mínimo no SUS apenas pela variação do PIB.

Essa distorção entre o crescimento mais acelerado da receita federal em face do gasto com saúde da União pode ser mais bem visualizada no Gráfico 3, a seguir.

GRÁFICO 3

A evolução da receita e do gasto federal com saúde



Fonte: *Folha de S. Paulo*. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/poder/826394-receita-cresceu-duas-cpmfs-mas-verba-nao-foi-para-a-saude.shtml>>. Acesso em: 06 nov. 2010.

O que se tem atualmente presenciado, desde 2000, é uma estratégia econômico-contábil deliberada (porquanto lastreada nos arts. 77 do ADCT e 5º da LC nº 141/2012) para reduzir — até mesmo diante do pacto federativo — o volume de recursos federais no volume total de recursos públicos para o SUS. Ou seja, a União apresenta uma regressividade proporcional, porque os outros entes continuam tendo patamar de gasto atrelado ao comportamento da receita de impostos.

Na educação, por exemplo, essa disparidade não ocorre, pois todos os três níveis da federação têm seus patamares de gasto mínimo atrelados ao comportamento de suas respectivas receitas de impostos e transferências constitucionais. Esse é o teor do art. 212 da CR, cominado com o art. 60 do ADCT.

Desse modo, impõe-se que seja discutida, com base no binômio possibilidade-necessidade típico dos direitos a prestações, a hipótese de que a União seja obrigada a corrigir seu patamar mínimo anual não apenas pela variação nominal do PIB, na forma do art. 5º da LC nº 141/2012 e antes dele do art. 77 do ADCT (que fora anormalmente mantido desde 2005 até 2012 por falta de regulamentação da EC nº 29/2000), mas pela variação nominal da sua receita.

Tal disparidade de critério retira da saúde dezenas de bilhões de reais, apenas porque a União não tem qualquer obrigação de fazer acompanhar o seu patamar de gasto mínimo com o crescimento da sua receita. Quem mais arrecada, inclusive por meio de contribuições sociais, é proporcionalmente quem tem menos aplicado no SUS. Os municípios, de outro lado, ficam reféns de um sistema de financiamento precário e acabam por suportar a sobrecarga fiscal oriunda da omissão dissimulada da União de dar progressividade ao sistema. Quanto aos estados, eles têm sido cada vez mais pressionados por ações judiciais e por pressões setoriais, sem, contudo, ter a mesma capacidade econômico-financeira da União.

Nesse sentido, é preciso reafirmar que há um dever de progressividade no financiamento do SUS e que o princípio da vedação de retrocesso determina também ser vedada a estagnação fiscal do arranjo protetivo do direito à saúde. A política pública de saúde precisa de ações coletivas que questionem a raiz do problema e não pode se deixar levar apenas pela judicialização do setor havida pelas inúmeras e relativamente míopes ações individuais.

O Judiciário, nesse sentido, apenas seria o sinal último do acúmulo de impasses oriundos da inadimplência orçamentária dos poderes Executivo e Legislativo da União para com o sistema. As ações individuais, desse modo, dariam vazão — como válvula de escape necessária

e até útil — às pressões tópicas e retardariam o dever de sistematizar a política de saúde como direito coletivo e como responsabilidade de todos os entes da federação.

O dever da União de conferir progressividade à política pública da saúde parece estar circunscrito, assim, ao perverso tripé de pressão por avanços apenas no atendimento varejista do Judiciário, responsabilização direta limitada aos agentes municipais e estaduais e redução proporcional dos recursos federais no volume total de recursos disponíveis para o SUS. Esse é o círculo vicioso no qual a área da saúde ingressou no nível federal e que tem se reproduzido ainda mais perversamente nos níveis estadual e municipal, como se verá na sequência.

4.2.2 Impasse fiscal provocado pelo estado de Minas

Gerais e divergência do que pode ser considerado gasto em saúde — Mera questão de interpretação ou uma “evasão fiscal” de despesa?

Os gastos do estado de Minas Gerais nas ações e serviços públicos de saúde, à primeira e superficial vista, aparentavam, durante o período observado de 2003 a 2008, estar dentro do limite definido pelo art. 77 do ADCT.

Embora os dados declarados pelo estado tenham sido acatados pelos conselheiros do TCEMG, surgiram divergências substantivas dentro do próprio Tribunal sobre o que poderia ter sido contabilizado ou não como gasto mínimo em ASPS durante toda a série observada (2003 a 2008).

Tais divergências entre o que o Governo mineiro declarou e o que, de fato, poderia ser considerado gasto em saúde, na forma da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/2003, foram alvo de remissão expressa no Relatório Anual da Comissão de Acompanhamento da Execução Orçamentária do Estado do referido Tribunal (CAEO/TCEMG).

Almeja-se, com a série dos exercícios de 2003 a 2008, testar se houve o cumprimento, ou não, pelo Governo Estadual do patamar mínimo de 12% (doze por cento) sobre as receitas de impostos e transferências constitucionais nas ações e serviços públicos de saúde, na forma do então vigente art. 77 do ADCT da Constituição de 1988.

Como dito no início deste tópico, os dados admitidos pelo TCEMG de gasto mínimo em saúde do Governo mineiro parecem indicar um cumprimento rigorosamente próximo ao piso em todos os anos da série pesquisada. É o que se depreende da Tabela 17 a seguir.

TABELA 17

Aplicação pelo estado de Minas Gerais da vinculação orçamentária para ações e serviços públicos de saúde no período de 2003 a 2008

Município	População	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Gasto médio	Percentual excedente
Governo de Minas Gerais	19.273.533	10,20%	12,16%	12,33%	13,20%	13,31%	12,00%	12,20%	1,67%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de prestação de contas perante o Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.tce.mg.gov.br/default.asp?cod_secao=1GL&tipo=2&url=Fiscalizando_TCE/Fiscalizando_Contas_Publicas_Resposta.asp&cod_secao=5N>. Acesso em: 02 ago. 2010.

Não é esse, contudo, o entendimento da análise técnica empreendida pela Comissão de Acompanhamento da Execução Orçamentária do Estado, a qual é composta, sobretudo, por servidores de carreira, o que poderia justificar, ainda que apenas parcialmente, a divergência com a análise dos conselheiros, que são nomeados a partir de processos de indicação política.

Segundo o Relatório Anual da CAEO/TCEMG, relativo ao exercício de 2008:

A partir do total das despesas liquidadas com ASPS no ano de 2008 e da receita vinculável, esta Comissão procedeu aos expurgos de valores executados em “linhas de aplicação de recursos em saúde, externas ao Sistema Estadual”, quais sejam, as despesas previdenciárias no Funip, os investimentos em saneamento na Copasa, os desembolsos com o atendimento à clientela fechada na PMMG e nos Institutos de Previdência, Ipsemg e IPSM, a fim de evidenciar quais seriam os novos percentuais mínimos apurados. [...]

Conquanto o governo estadual registre em seus balanços um índice de 13,12% para as aplicações em ASPS, apurado em função da relação despesa empenhada/receita vinculável, ou seja, R\$2,972 bilhões/R\$22,657 bilhões, notam-se significativas reduções desse percentual, quando considerada a despesa liquidada no exercício (R\$2,754 bilhões) e subtraídas, da citada despesa, aquelas parcelas relativas a ações que não apresentando os atributos de universalidade e gratuidade, afastam a possibilidade de serem classificadas como aplicações em saúde.

[...] não fossem tais despesas carregadas ao montante das aplicações, o índice mínimo exigido restaria não cumprido, visto que se reduziria quase à metade após os expurgos.

Assim, sob o argumento de um maior financiamento do Setor, assiste-se à tentativa de redefinição do conceito de saúde, agregando-se, a cada ano, gastos em linhas de aplicações externas ao Sistema Estadual de Saúde. O procedimento, na verdade, concorre para uma diminuição do volume de recursos comprometidos com aquele setor. (MINAS GERAIS, TCE, 2009, p. 1711-1712, grifos nossos)

É deveras preocupante no conteúdo da análise acima citada o aviso de que o estado de Minas Gerais teria aplicado apenas cerca de metade do percentual mínimo em saúde em ações alheias ao que se convencionou, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, ser efetivamente reputado como tal.

Não se trata mais de mera questão de interpretação, pois as análises empreendidas pela CAEO/TCEMG denotam uma rota já historicamente consolidada de aplicação inferior ao mínimo constitucional nas ações e serviços públicos de saúde, sempre se valendo do mesmo subterfúgio de inserir despesas estranhas à sistemática universal e gratuita do SUS.

Para indicar o conteúdo financeiro da rota de evasão acima suscitada, foi elaborada a Tabela 18 a seguir, com base nos dados disponibilizados pela CAEO/TCEMG.

TABELA 18

Aplicação, pelo estado de Minas Gerais, nas ações e serviços públicos de saúde à luz da Resolução CNS nº 322, de 2003, no período de 2003 a 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Integrantes do SUS (em R\$)	1.154.202.424,92	1.136.753.646,21	1.138.137.491,36	1.421.781.172,97	1.688.155.678,36
Linhas externas ao SUS (em R\$)	860.513.262,45	1.112.927.515,15	1.473.828.306,95	1.418.298.815,48	1.368.477.908,01
Total (em R\$)	2.014.715.687,38	2.249.681.161,36	2.611.965.798,31	2.840.079.988,45	3.056.633.586,38
Proporção de gasto em linhas externas em face do gasto total (em %)	43	49	56	50	45
Proporção de gasto em linhas internas (integrantes do SUS) em face do gasto total (em %)	57	51	44	50	55
Percentual de cumprimento real (com a dedução das linhas externas) da EC nº 29/2000 (em %)	6,87	6,06	5,23	6,01	6,63
Percentual alegado pelo estado (em %)	12,16	12,33	13,20	13,31	12
Déficit aferido pela CAEO/TCEMG (em %)	5,29	6,27	7,97	7,30	5,37

Fonte: Elaboração própria a partir do Relatório Técnico CAEO 2008 (MINAS GERAIS, TCE, 2008, p. 1722).

Revela-se surpreendente a leitura da tabela acima, porque o que aparentava ser um cumprimento regular do percentual mínimo de 12% nas ações e serviços públicos de saúde indicou, pelo contrário, haver uma sistemática tendência de esvaziamento normativo do conteúdo material do que se pode considerar gasto em saúde.

Como visto, é fato constatado por Comissão Técnica do TCEMG que o estado de Minas Gerais, no período de 2003 a 2008, teria cumprido praticamente apenas a metade da vinculação de gasto a que se referia o art. 77 do ADCT. Senão veja-se o teor contundente da análise ora comentada:

Em 2004, este Tribunal proferiu recomendação ao governo estadual para que, no âmbito das despesas com ASPs, promovesse a redução gradual de valores realizados em setores nos quais os princípios constitucionais de universalidade e gratuidade não fossem atendidos.

Da mesma forma, em 2007, o Conselheiro Simão Pedro, em seu voto, recomendou, ainda, ao Governo do Estado, por meio de suas Unidades Executoras, que promovesse a redução gradual dos demais gastos atípicos, listados no Relatório Técnico da CAEO, apropriados como despesas com saúde.

A despeito das recomendações proferidas, constata-se que os gastos da PMMG, do Ipsem, do IPSM, do Funfip e da SEDS evoluíram, embora, no âmbito total, os dispêndios das demais entidades que compõem as “linhas externas ao SUS” tenham diminuído.

No que tange às entidades integrantes do SUS, cumpre destacar que, embora tenha havido evolução no total dos gastos, a Funed apresentou decréscimo na despesa executada, denotando inobservância à recomendação desta Corte quanto ao incremento da aplicação de recursos nos setores que primam pela universalidade e gratuidade dos serviços, nos moldes constitucionais. (MINAS GERAIS, TCE, 2009, p. 1722, grifos nossos)

O déficit acumulado de cumprimento nas ações e serviços públicos de saúde, no âmbito do estado de Minas Gerais, ultrapassa a casa dos R\$6,2 bilhões de reais, resultado esse que foi processado à luz dos valores nominais, sem contar a necessária atualização monetária dos dados disponibilizados na Tabela 17.

Além da “evasão fiscal” de despesa propriamente dita, também se extraí dos trechos acima citados a preocupante circunstância de o Poder Executivo estadual, ano após ano, simplesmente ignorar as recomendações do TCEMG, mantendo-se firmemente na posição de descumprimento.

Por serem ausentes sanções objetivas pelo descumprimento da EC nº 29/2000, é que o Poder Executivo do Estado de Minas Gerais

permitiu-se o direito de permanecer aplicando seus patamares de gasto, como historicamente tem feito, ainda que em divergência com a interpretação do seu respectivo Tribunal de Contas.

Segundo o TCEMG, o Governo Estadual insiste em promover:

a inclusão, no cálculo dos gastos com ações e serviços públicos de saúde para efeito do cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000, de despesas com: clientela fechada (PMMG/Ipsem/IPSM), saneamento básico urbano (Copasa) e benefícios previdenciários (Funfip), a despeito de reiteradas recomendações desta Corte de Contas e das determinações contidas na CR/1988 (universalidade), na CE/1989 (gratuidade) e Instrução Normativa do TCEMG nº 11/2003. (MINAS GERAIS, TCE, 2009, p. 1744, grifos nossos)

Como já dito anteriormente, as recomendações dos Tribunais de Contas operam, no texto dos relatórios e pareceres prévios, como uma espécie de parecer opinativo, ao qual podem os parlamentares vincular-se ou não. Eis o impasse em que se encontra o cumprimento da EC nº 29/2000, em Minas Gerais.

Esse quadro de controvérsia interpretativa, a bem da verdade, não se trata de conduta desviante isolada do Governo Estadual mineiro, sendo, pois, uma conduta relativamente comum entre os estados-membros.

De acordo com estudo do Ministério da Saúde (2010, p. 4-5), dos vinte e sete estados (incluindo o DF) que alegaram haver cumprido integralmente o teor do então vigente art. 77 do ADCT, apenas quatorze efetivamente passaram pelo crivo da avaliação do Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento do Ministério.

Tal análise foi empreendida no corpo da Nota Técnica SIOPS/DESD/SE/MS²³⁶ nº 19, de 06 de abril de 2010, do Ministério da Saúde, e avaliou os balanços gerais dos estados brasileiros, referentes ao exercício de 2008, quanto ao cumprimento da EC nº 29/2000 e da Resolução nº CNS 322/2003. Pelo visto, apenas um pouco mais da metade dos estados da federação aquiesceu e cumpriu, no ano de 2008, as diretrizes interpretativas do Conselho Nacional de Saúde.

A conclusão da aludida nota técnica do Ministério da Saúde (2010, p. 5) é de que

²³⁶ Tal nota foi emanada por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, do Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento, que, por sua vez, está vinculado à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, de onde, portanto, surgiu a sigla SIOPS/DESD/SE/MS.

[...] na análise efetuada pela equipe responsável pelo SIOPS tanto a composição da receita vinculada; como as despesas realizadas com ASPs com recursos próprios, com vistas a aferir o percentual de aplicação preconizado pela EC nº 29/2000 no ano de 2008, [13 dos 27 estados] não seguem em sua totalidade os critérios adotados pelo Ministério da Saúde a partir das diretrizes da Resolução nº 322/2003 do CNS; demonstrando ainda *não haver um consenso entre os estados em relação ao tema*.

Além de não minimizar o quadro mineiro, revela-se como frustrante a constatação feita pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p. 5), por meio de seus órgãos de avaliação dos orçamentos públicos em saúde, de que quase metade dos estados-membros (incluído o DF) não cumpre integralmente o espírito da Emenda Constitucional nº 29/2000.

É como se o Ministério da Saúde admitisse que a omissão legislativa gerou, nas ações e serviços públicos de saúde, não apenas uma instabilidade de financiamento, mas também uma verdadeira “indigência analítica”, no sentido que lhe atribui Santos (1987). A política pública de saúde sofre com tal quadro de “indigência”, porquanto esteja marcada pela incapacidade de reflexão sobre como estruturar a ação governamental em face do dilema político-econômico da incorporação da escassez de recursos.

Em suma, o caso de Minas Gerais e de outros doze estados brasileiros no exercício de 2008, que aplicaram seus patamares de gasto mínimo em saúde de forma divergente da Resolução CNS nº 322/2003, denota que a regulamentação da EC nº 29/2000 encerra uma *busca trágica*, no dizer de Santos (1987). Tragédia essa que se revela nos saberes precários e na própria dificuldade de expandir o controle sobre a política pública de saúde.

4.2.3 Sobrecarga nos municípios mineiros com mais de 100 mil habitantes – Muito além do gasto mínimo em saúde

Parafraseando uma vez mais Wanderley Guilherme dos Santos (1987), tem-se que o ponto culminante da trágica condição da política pública de saúde, no presente estudo de caso, deu-se com a sobrecarga financeira suportada pelos municípios.

A esse respeito, segue a Tabela 19, com a série de dados dos municípios mineiros com mais de 100 mil habitantes, que compõem o universo ora observado.

TABELA 19

Aplicação pelos municípios mineiros da vinculação orçamentária para ações e serviços públicos de saúde no período de 2003 a 2008

(continua)

Município	População	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Gasto médio	Percentual excedente
1. Araguari	106.403	21,51%	20,72%	19,13%	26,16%	30,28%	28,92%	24,45%	63,02%
2. Barbacena	122.377	24,78%	22,22%	22,17%	15,05%	15,32%	17,94%	19,58%	30,53%
3. Belo Horizonte	2.412.937	19,29%	18,85%	18,36%	19,75%	19,34%	20,88%	19,41%	29,41%
4. Betim	415.098	20,77%	21,51%	21,21%	23,38%	21,53%	21,89%	21,72%	44,77%
5. Conselheiro Lafaiete	109.280	24,25%	20,65%	27,34%	25,73%	23,06%	28,49%	24,92%	66,13%
6. Contagem	608.650	18,73%	13,96%	22,96%	28,52%	26,81%	27,27%	23,04%	53,61%
7. Coronel Fabriciano	100.805	26,46%	23,26%	17,96%	24,43%	21,45%	21,91%	22,58%	50,52%
8. Divinópolis	209.921	16,74%	17,23%	19,90%	22,31%	19,69%	18,20%	19,01%	26,74%
9. Governador Valadares	260.396	17,23%	18,53%	21,23%	17,17%	19,15%	17,01%	18,39%	22,58%
10. Ibitiré	148.535	24,51%	26,42%	23,45%	27,81%	27,81%	28,69%	26,45%	76,32%
11. Ipatinga	238.397	15,32%	16,58%	15,66%	19,28%	18,04%	18,31%	17,20%	14,66%
12. Itabira	105.159	20,35%	15,26%	16,69%	19,15%	16,56%	19,98%	18,00%	19,99%
13. Juiz de Fora	513.348	21,87%	21,32%	24,36%	26,06%	25,10%	22,08%	23,47%	56,43%
14. Montes Claros	352.384	12,05%	13,80%	15,59%	19,37%	19,44%	18,62%	16,48%	9,86%
15. Passos	102.765	18,77%	16,22%	18,48%	26,51%	22,72%	21,25%	20,66%	37,72%
16. Patos de Minas	133.054	23,69%	22,54%	27,38%	24,03%	23,37%	22,68%	23,95%	59,66%
17. Poços de Caldas	144.386	26,94%	21,73%	21,12%	17,85%	23,39%	23,94%	22,50%	49,97%
18. Pouso Alegre	120.467	15,48%	17,31%	17,38%	17,07%	16,34%	16,73%	16,72%	11,46%
19. Ribeirão das Neves	329.112	27,26%	25,66%	27,87%	34,08%	25,84%	35,69%	29,40%	96,0%
20. Sabará	120.770	19,66%	19,00%	18,02%	16,68%	15,88%	15,38%	17,44%	16,24%
21. Santa Luzia	222.507	18,39%	18,87%	20,15%	23,67%	25,46%	23,54%	21,68%	44,53%
22. Sete Lagoas	217.506	19,72%	17,53%	17,08%	24,48%	25,39%	25,48%	21,61%	44,09%

(conclusão)

Município	População	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Gasto médio	Percentual excedente
23. Teófilo Otoni	126.895	22,87%	20,72%	18,17%	21,75%	16,41%	18,76%	19,78%	31,87%
24. Uberaba	287.760	20,29%	22,05%	16,27%	19,92%	21,09%	25,42%	20,84%	38,93%
25. Uberlândia	608.369	22,04%	25,99%	26,65%	27,88%	28,92%	28,08%	26,59%	77,29%
26. Varginha	116.093	25,33%	27,85%	23,94%	24,81%	24,17%	23,75%	24,98%	66,5%
Total dos municípios mineiros com mais de 100 mil habitantes	8.233.374	20,93%	20,22%	20,71%	22,80%	22,02%	22,73%	Gasto médio de 21,57%	Excedente médio de 43,80%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de prestação de contas perante o Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.tce.mg.gov.br/default.asp?cod_secao=1&tipo=2&url=Fiscalizando_TCE/Fiscalizando_Contas_Publicas_Resposta.asp&cod_secao_menu=5N>. Acesso em: 02 ago. 2010.

Duas interessantes observações podem ser extraídas do teor da tabela acima, a saber:

1. O excedente médio de cerca de 44% sobre o patamar mínimo em saúde²⁰⁷ comprova a tendência anteriormente indicada de que os municípios ficaram sobrecarregados no financiamento do SUS; e
2. Um número significativo de municípios do universo considerado (municípios mineiros com mais de 100 mil habitantes) gasta ou já gastou anualmente mais em saúde do que o mínimo exigido em educação (ou seja, acima de 25%).

É esse um impacto das distorções do SUS, cuja totalidade das causas não se pode elucidar, mas que indicam haver uma grave assimetria. De um lado, a União tem regredido em seus patamares históricos. Do outro, o estado de Minas Gerais nunca se “excedeu” no limite do SUS, até porque, em verdade, ele não cumpre o mínimo, se se considerar a Resolução nº 322 do CNS. Por fim, os municípios mineiros observados não só se “excedem” ano a ano, como passam a dar uma prioridade

²⁰⁷ Vale notar que os municípios devem gastar em saúde o patamar mínimo de 15% de suas receitas com impostos e transferências, na forma do art. 77 do ADCT. Os municípios mineiros investigados gastaram, em média, 21,6%, donde decorre o excedente médio de cerca de 44%.

maior à saúde do que a que o texto constitucional deu: 25% para educação *versus* 15% para saúde.

Diante da insuficiência da LC nº 141/2012 para a finalidade de se prestar a ser um arranjo normativo que igualmente distribua os custos da saúde sobre os três níveis da federação, bem como diante da longa omissão legislativa em editá-la (o que trouxe a indefinição sobre o que poderia se entender como tal) não só ocasionou regressividade proporcional do gasto federal, evasão²⁰⁸ de despesa no percentual mínimo do estado, como também tem reordenado as prioridades fiscais e orçamentárias dos 26 municípios observados. Daí se depreende que, desde o início da vigência da EC nº 29/2000, efetivamente foram os municípios que assumiram o acréscimo de despesas causado pelas pressões sociais e judiciais que não cabe aqui esgotar.

O pior de todos os cenários, contudo, é a própria constatação de que — diante da instabilidade fiscal — a área da saúde deixou de incorporar jurídica e constitucionalmente novos padrões materiais de inclusão, como o fez a educação com as Emendas Constitucionais nºs 53/2006 e 59/2009.

Como visto, a área da educação conseguiu, ao longo dos anos, manter seus patamares de custeio minimamente equilibrados, sem acentuar maiores desequilíbrios federativos, porque adotou critério único de repartição de custos (percentual fixo de gasto mínimo calculado com base na receita de impostos) e, além disso, incluiu todas as “regras do jogo” no próprio texto constitucional. Nesse sentido, a relativa estabilidade de financiamento proporcionou avanços materiais sobre a base de serviços prestados. Noutra linha de trajetória, a pauta da área de saúde, desde a EC nº 29/2000, tem sido apenas a de assegurar alguma fonte de financiamento, ainda que precária como a CPMF (ou os seus sucedâneos), sem conseguir, contudo, renegociar as bases federativas da distribuição do seu custeio... Eis a face trágica da guerra fiscal analisada.

²⁰⁸ Dependendo do critério de análise: se a Resolução CNS nº 322/2003, ou a avaliação discriminatória do Governo Estadual, referendada pelos conselheiros do TCEMG, ter-se-ia ora estagnação, ora evasão, e também a regressividade do gasto estadual.

À GUIA DE CONCLUSÃO

VEDAÇÃO DE RETROCESSO NA RESPONSABILIDADE ORÇAMENTÁRIA DA FEDERAÇÃO PELO CUSTEIO DOS DIREITOS À EDUCAÇÃO E SAÚDE

Não se empreende uma proposta de pesquisa como esta sem levar consigo algumas fortes impregnações dela resultantes para o futuro. O apanhado final vai além do esforço de apenas diagnosticar eventuais conflitos distributivos na federação brasileira e fragilidades normativas nos arranjos constitucionais das políticas públicas de educação e saúde.

Ademais disso, a presente pesquisa permitiu desvendar o sistema ampliado de deveres estatais de proteção que estão a reclamar pro-gressividade no financiamento dos direitos fundamentais. A vedação de retrocesso, nesse sentido, precisa ser reinterpretada como princípio de coloração dinâmica, assim como também o é a máxima eficácia dos direitos fundamentais.

Máximo de eficácia e vedação de retrocesso, a bem da verdade, expressam não apenas o estágio adquirido de evolução material de determinado direito fundamental, mas indicam um dever social e historicamente comprometido de dirigir a ação governamental para o incremento sistemático daquele estágio inicial, dado o nível de riqueza disponível. Tais princípios, por isso, não podem ser tratados constitucio-nalmente apenas como vedação de extinção ou de redução deliberada.

O processo emancipatório da dignidade da pessoa humana reclama que se vá além e que se promova a vedação da estagnação, assim como manifesta repulsa à restrição interpretativa que retire do direito fundamental a sua possibilidade fática de progredir.

Essa diretiva aplica-se igualmente ao princípio federativo, pois a distribuição do poder por diversas unidades políticas autônomas, ao longo do território brasileiro, nada mais seria que um modo institucional de orientar a ação estatal para o mesmo processo emancipatório.

O federalismo foi o meio constitucionalmente escolhido no Brasil para organizar o Estado de modo a torná-lo capaz de assegurar progressividade à noção de dignidade da pessoa humana. Uma coisa não se afasta da outra, pelo contrário, os direitos fundamentais reclamam a forte proteção estatal, e o Estado recebe competências constitucionais para promover tal dever de guarda e satisfação progressiva.

Emerge, daí, a responsabilidade orçamentário-financeira de todos os entes da federação pelo dever de custeio progressivo aos direitos fundamentais. Com maior força normativa, apresentam-se os deveres constitucionais de gasto mínimo em favor dos direitos à saúde e à educação. É óbvio que o mínimo pode e deve ser superado, ao longo da evolução político-econômica da sociedade brasileira.

A responsabilidade de não apenas cumprir o piso, mas de assumir um dever de progressividade fiscal e material em tais direitos fundamentais, passa a ser o norte da máxima eficácia propugnada constitucionalmente para a saúde e a educação.

Para que tal progressividade assuma a “força irradiante” dos direitos fundamentais, na feliz expressão de Sarlet (2009), é preciso, contudo, que não haja distorções federativas na distribuição das responsabilidades de gasto e das receitas socialmente disponíveis.

A guerra fiscal de despesa no SUS, os impasses interpretativos havidos tanto na área da educação, quanto na política pública de saúde e os próprios conflitos distributivos entre os entes da Federação são distorções apontadas pelo presente estudo e que precisam ser reavaliadas à luz de todos os pilares interpretativos acima firmados.

Na área da saúde, restou comprovada a hipótese de que, durante algum tempo, a falta e, depois da LC nº 141/2012, a insuficiente regulamentação da EC nº 29/2000 causaram, em maior ou menor medida, as instabilidades do financiamento do SUS em Minas Gerais no pós-EC nº 29/2000, à luz da regressividade do gasto federal, das manobras contábeis do estado e da sobrecarga suportada pelos municípios em tal financiamento.

As séries históricas (2003 a 2008) dos gastos com saúde dos 26 municípios com mais de 100 mil habitantes de Minas Gerais e do próprio estado, quando cruzadas com os dados do mesmo período da União, denotam que os municípios, em média, gastaram 43,80% mais do que o mínimo constitucionalmente exigido em saúde, para suprir a regressividade do gasto federal e o caráter evasivo do gasto do estado de Minas Gerais nas ações e serviços públicos em saúde.

Por outro lado, na educação, as séries históricas mostraram que existe uma estrutura de financiamento menos dispar e mais estável, para a qual os custos do financiamento foram mais bem repartidos, sem sobrecarga de ônus fiscal sobre os municípios. Os municípios mineiros observados aplicaram, em média, de 2003 a 2008, o patamar de 26,70% de suas receitas com impostos e transferências constitucionais em educação, o que excede o mínimo do art. 212 (que é de 25%) em apenas 6,80%.

Quanto ao estado, a média foi de 28,79% (o mínimo também é de 25% para os estados), tendo o excedente médio da série sobre esse mínimo sido de 15,16%, até porque a responsabilidade do financiamento do ensino médio e a rede de escolas estaduais já constituída no ensino fundamental não foram integralmente municipalizadas.

A bem da verdade, em educação, todos os entes da federação observados progrediram²⁰⁹ em repasses e no próprio modelo de prestação desse direito, o que se explica, como visto no capítulo 3, pela maior clareza das “regras do jogo” federativo em seu financiamento.

Com tal arranjo estável, não é de se estranhar que a educação tenha tido já duas novas emendas (além da EC nº 14/1996, criadora do Fundef) que ampliaram consistentemente a base de inclusão material do que se entende direito à educação (EC nº 53/2006, instituidora do Fundeb, e EC nº 59/2009, que finalmente conseguiu mitigar a DRU no financiamento da educação).

A saúde ficou à revelia de um modelo paralelo (normas a serem editadas por lei complementar e, enquanto essas não viessem, norma transitória no ADCT), além de haver optado por uma busca errática de fontes de financiamento provisórias e politicamente instáveis (como ocorreu, por exemplo, com a CPMF, que tinha de ser prorrogada de tempos em tempos). Talvez seja por isso que a política pública de saúde tenha ficado mais suscetível e fragilizada diante dessa guerra fiscal

²⁰⁹ É preciso registrar que a União fez progredir o seu patamar de gasto de forma mais errática e conturbada que a assumida pelos entes subnacionais.

de despesa no cenário de contracionismo orçamentário da União, de interpretações evasivas dos estados-membros e de judicialização, por vezes, míope do setor.

Enquanto a estrutura de financiamento estatal da educação progrediu em meio a um processo socialmente construído de correção dos erros e “renegociação” federativa do seu custeio, por meio de novas emendas à Constituição, a política pública de saúde estagnou-se. Em decorrência da sua maior precariedade jurídico-normativa, o arranjo constitucional do dever de financiamento mínimo da saúde, em última instância, apenas lhe conferiu eficácia a mais tímida possível, ou seja, o piso do art. 77 do ADCT e mais de uma década de omissão legislativa que fez emergir a insuficiente regulamentação feita na LC nº 141/2012, a qual não ousou resolver o impasse federativo da regressividade do gasto federal em saúde.

Mas o que fazer para enfrentar tal impasse normativo-distributivo e para afastar os abusos (verdadeiras estratégias de dissimulação, razão pela qual foram chamadas aqui de “evasão fiscal de despesa”)?

Há limites normativos à discricionariedade na esfera orçamentária e, em se tratando dos direitos à saúde e à educação, independentemente de eles serem percebidos e exigidos individual ou coletivamente, alguns desses limites estão inscritos nos preceitos fundamentais inscritos na Carta de 1988.

O que se pode apreender do presente estudo é que não só cabe controle para assegurar a conformidade constitucional da execução orçamentária federal com as ações e serviços públicos em saúde e com o dever de manutenção e desenvolvimento do ensino no Brasil, como há diversas hipóteses de controle.

Importa ressaltar que essas hipóteses são difusas e, precisamente por isso, devem ser operadas pelas diversas instâncias competentes e interessadas. A começar pelo próprio cidadão, ele pode:

1. Ajuizar ação no sistema de controle difuso para questionar a constitucionalidade da tredestinação (perpetrada pelo Poder Constituinte Derivado) de receitas vinculadas da seguridade social, o que torna a instituição das contribuições sociais constitucionalmente ilegítima;
2. Ajuizar ações populares para invalidar a aprovação de balanços de execução orçamentária que descumpram, aberta ou dissimuladamente, os patamares mínimos de gasto em saúde e em educação;
3. Buscar junto aos legitimados ativos (previstos no art. 103 da CR/1988 c/c art. 2º da Lei nº 9.882/1999) o ajuizamento

de arguições de descumprimento de preceito fundamental para fixar a interpretação constitucionalmente adequada dos dispositivos que asseguram aplicação mínima de recursos em saúde e em educação;

4. Representar a ocorrência de crime de responsabilidade na forma do disposto no art. 85, II, III e VI, da CR/1988, para que o Congresso Nacional promova a devida responsabilização político-administrativa do Presidente e dos Ministros da República que a) lesarem, no concernente ao inc. II, o direito dos entes subnacionais a uma equilibrada repartição de receitas; b) no que se refere ao inc. III, negarem validade e progressividade aos direitos objetivos de financiamento mínimo da saúde e da educação públicas e que, c) relativamente ao inc. VI, descumprirem a lei orçamentária, notadamente, ao longo de ações que carecem de motivação e aprovação do Legislativo, como exemplo, o contingenciamento de empenhos e a substituição de fontes de receitas para minimizar o alcance das vinculações constitucionais;
5. Buscar, mais uma vez, junto aos legitimados ativos do art. 103 da Carta de 1988 o ajuizamento de ação direta de inconstitucionalidade das emendas constitucionais que instituíram e que mantêm, ao longo de mais de vinte anos, a desvinculação de receitas vinculadas à seguridade social e de recursos mínimos destinados às políticas de saúde e educação;
6. Requerer — no curso dos processos administrativos federais de execução orçamentária, na forma do que dispõem os arts. 2º, VII, e 50, I, da Lei nº 9.784/1999 — a apresentação do resultado da avaliação dos programas de ação governamental, tal como o exigem o art. 74, I, da CR/1988, e o art. 75, III, da Lei nº 4.320/1964; e, enfim,
7. Defender individualmente seus direitos fundamentais (em especial, vale citar os direitos prestacionais), quando se configurar no caso concreto lesão (ou ameaça de lesão), seja por ação ou omissão, diante dos rearranjos orçamentários (defendidos em nome do sempre necessário ajuste fiscal do Governo Federal) que impliquem retrocesso social e afronta ao princípio da dignidade da pessoa humana.

A partir do cidadão, todas as demais instâncias devem ser mobilizadas e o serão em movimento que não pode pretender resolver todos os problemas de uma única vez e de uma vez por todas. Vale

lembrar que o controle é esforço sisífico que insiste em mostrar aos governantes que a delegação de poder é sempre instrumento para a consecução de finalidades definidas como públicas. Tais finalidades assim são consideradas não porque o ditado dogmático da lei as enuncia como públicas, mas porque o público é sempre o resultado da tensão dialógica entre os procedimentos democráticos de inclusão dos interessados na decisão e o respeito às salvaguardas constitucionais.

É, pois, na pluralidade significativa de instâncias e de hipóteses de controle que se abre o esforço de juridicizar — sob o signo da conformidade constitucional — o tema ora estudado. O resultado não poderia ser mais democratizante e republicano, na medida em que a definição do que seja prioridade alocativa estatal e de como o Estado se desincumbe de suas competências constitucionais não podem ser temas aferíveis apenas pelos gestores públicos.

Vive-se — cada vez mais — em uma “comunidade aberta de intérpretes da Constituição” (HÄBERLE, 1997), uma vez que essa deve admitir sua interpretação como um processo aberto a todos os cidadãos, que são seus legítimos intérpretes democráticos, mais do que apenas destinatários de seus comandos.

A discursividade democrática precisa reinstaurar em novos patamares o debate sobre a execução orçamentária em todos os níveis da federação; mas, especialmente, no âmbito federal, é preciso cuidar de controlar as diversas formas de emancipação ilegítima do poder administrativo, para que o manejo da atividade financeiro-orçamentária da União não seja feito deliberadamente no intuito de restringir o grau materialmente possível de execução de políticas públicas (especialmente as prestacionais).

Afastar algumas pretensas obviedades, como a aparente normalidade da guerra fiscal de despesa no SUS e a DRU, por exemplo, exige, sobretudo, que o Direito não se descuide do controle estendido no tempo sobre cada ato estatal para que não sejam esvaziadas as relações entre Legislativo e Executivo, para que o Judiciário siga avançando sobre os arbítrios (administrativos e legislativos) que causam lesão a direitos e para que os fluxos comunicativos da esfera pública possam continuar tendo ressonância na definição democrática dos rumos da Administração Pública. É esse, como já dito, um verdadeiro esforço sisífico, tão inafastável, quanto reiterado e complexo, quicá tão penoso que somente pode ser exercido difusa e pluralmente.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, José Roberto. Finanças, planejamento municipal e lei de responsabilidade fiscal. In: ENCONTRO REGIONAL GESTÃO PÚBLICA E POLÍTICAS SOCIAIS ITV, 3., 2005, Porto Alegre. *Trabalhos apresentados...* Porto Alegre, 2005.
- AFONSO, José Roberto. LRF: por que parou? Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <www.joserobertoafonso.ecn.br>. Acesso em: 15 maio 2005.
- ÁVILA, Humberto Bergmann. *Sistema constitucional tributário*. São Paulo: Saraiva, 2004.
- BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. *Curso de direito administrativo*. 11. ed. São Paulo: Malheiros, 1999.
- BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. *Discricionariedade e controle jurisdicional*. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2000.
- BRASIL. Congresso Nacional. Consultoria de Orçamentos, Fiscalização e Controle – SF; Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira – CD. *Nota Técnica Conjunta nº 13, de 2004: considerações acerca dos vetos ao Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2005 (Lei nº 10.934, de 11 de agosto de 2004)*. Brasília: COFC/SF: COFF/CD, 2004. Mimeografado.
- BRASIL. Ministério da Fazenda. Ministério da Saúde. *Nota Conjunta STN/MF e AESD/SE/MS nº 14, de 20 de março de 2008*. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional – STN; Diretoria de Economia da Saúde e Desenvolvimento – AESD/SE/MS, 2008.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. *Vinculações de receitas dos orçamentos fiscal e da seguridade social e o poder discricionário de alocação dos recursos do governo federal*. Brasília, v. 1, n. 1, 2003.
- BRASIL. STF. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 45/DF. Rel. Min. Celso de Mello, j. 29.04.2004. *DJUI*, p. 00012, 04 maio 2004.
- BRASIL. STF. Medida Cautelar em Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.167/DF. Rel. Min. Joaquim Barbosa, j. 17.12.2008. *DJe*, n. 079, 30 abr. 2009.
- BRASIL. STF. Medida Liminar na Ação Cautelar nº 1.915/RJ. Rel. Min. Cármen Lúcia. Decisão monocrática de 19.05.2009. *DJe*, n. 110, 15 jun. 2009. Acórdão publicado em 1º.07.2010, ata nº 21/2010. *DJe*, n. 120, 30 jun. 2010. Julgamento pelo Pleno: 16.06.2010.
- BRASIL. TCU. *Relatório e Pareceres prévios sobre as contas do Governo da República: exercício de 2006*. Rel. Min. Ubiratan Aguiar. Brasília: TCU, 2007a.
- BRASIL. TCU. *Relatório e pareceres prévios sobre as contas do Governo da República: exercício de 2005*. Rel. Min. Valmir Campelo. Brasília: TCU, 2006a.
- BRASIL. TCU. *Relatório e pareceres prévios sobre as contas do Governo da República: exercício de 2003*. Rel. Min. Guilherme Palmeira. Brasília: TCU, 2004.
- BRASIL. TCU. *Relatório e pareceres prévios sobre as contas do Governo da República: exercício de 2000*. Rel. Min. Adyilson Motta. Brasília: TCU, 2001.

ÚLTIMO CONVITE AO DIÁLOGO: AMPLIAÇÃO DO CONCEITO DE GASTO MÍNIMO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO

Conteúdo do gasto mínimo		Gasto mínimo formal
Educação	Art. 70 da Lei nº 9.394/1996: 1. Remuneração e aperfeiçoamento do pessoal docente e demais profissionais da educação; 2. Aquisição, manutenção, construção e conservação de instalações e equipamentos necessários ao ensino; 3. Uso e manutenção de bens e serviços vinculados ao ensino; 4. Levantamentos estatísticos, estudos e pesquisas visando precipuamente ao aprimoramento da qualidade e à expansão do ensino; 5. Realização de atividades-meio necessárias ao funcionamento dos sistemas de ensino; 6. Concessão de bolsas de estudo a alunos de escolas públicas e privadas; 7. Amortização e custeio de operações de crédito destinadas a atender ao disposto nos incisos deste artigo; 8. Aquisição de material didático-escolar e manutenção de programas de transporte escolar.	Art. 3º da LC nº 141/2012: 1. Vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais; 2. Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo a epidemiológica e a sanitária; 3. Capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); 4. Desenvolvimento científico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS; 5. Produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos; 6. Sanamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar; 7. Sanamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos; 8. Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças; 9. Investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde; 10. Remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais; 11. Ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprestáveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e 12. Gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.
Saúde	(continua)	

(continua)

(continua)

Conteúdo do gasto mínimo		Gasto mínimo formal
Educação	Art. 23 da Lei nº 11.494/2007 c/c art. 71 da Lei nº 9.394/1996: 1. Garantia ou contrapartida de operações de crédito, in- termas ou externas, contraiadas pelos estados, pelo Distrito Federal ou pelos municípios que não se destinem ao finan- ciamento de projetos, ações ou programas considerados como ação de manutenção e desenvolvimento do ensino para a educação básica; 2. Pesquisa, quando não vinculada às instituições de ensino, ou, quando efetivada fora dos sistemas de ensino, que não vise, precipuamente, ao aprimoramento de sua qualidade ou à sua expansão; 3. Subvenção a instituições públicas ou privadas de caráter assistencial, desportivo ou cultural; 4. Formação de quadros especiais para a Administração Pública, sejam militares ou civis, inclusive diplomáticos; 5. Programas suplementares de alimentação, assistência médico-odontológica, farmacêutica e psicológica, e outras formas de assistência social; 6. Obras de infraestrutura, ainda que realizadas para bene- ficar direta ou indiretamente a rede escolar; 7. Pessoal docente e demais trabalhadores da educação, quando em desvio de função ou em atividade alheia à manutenção e desenvolvimento do ensino.	Despesas excluídas
Saúde	Art. 4º da LC nº 141/2012: 1. Pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde; 2. Pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área; 3. Assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal; 4. Merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que execu- tados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º; 5. Sanamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade; 6. Limpeza urbana e remoção de resíduos; 7. Preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais; 8. Ações de assistência social; 9. Obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e 10. Ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.	

Conteúdo do gasto mínimo		Obrigações legais de fazer	Gasto mínimo material
Educação	Saúde	1. Assegurar o acesso à educação básica obrigatória e gratuita dos 4 (quatro) aos 17 (dezessete) anos de idade, assegurada inclusive sua oferta gratuita para todos os que a ela não tiveram acesso na idade própria, conforme o art. 208, I da CR/1988, art. 54 da Lei nº 8.069/1990 e art. 5º da Lei nº 9.394/1996; 2. Destinar 60% dos recursos do Fundeb na remuneração do magistério da educação básica, conforme art. 22 da Lei nº 11.494/2007; 3. Remunerar segundo o piso salarial profissional nacional para os profissionais do magistério público da educação básica, conforme a Lei nº 11.738/2008; 4. Recensear anualmente as crianças e adolescentes em idade escolar, bem como os jovens e adultos que não concluíram a educação básica; fazer-lhes a chamada pública e, por fim, zelar, junto aos pais ou responsáveis, pela frequência à escola. (art. 208, §3º da CR/1988 e art. 5º, §1º da Lei nº 9.394/1996); 5. Demais obrigações definidas em legislação extra-vagante.	
		1. Reduzir os riscos de doenças e de outros agravos; e 2. Assegurar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Conforme o art. 200 da CR/1988: 3. Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; 4. Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; 5. Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; 6. Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; 7. Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; 8. Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; 9. Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; 10. Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. Conforme a legislação especial: 11. Obedecer aos regimes legais de proteção diferenciada no direito à saúde destinados a: 11.1. Criança e adolescente;	

(continua)

Conteúdo do gasto mínimo		Obrigações legais de fazer	Gasto mínimo material
Educação		1. Quantidade de vagas em face da população residente em idade escolar; 2. IDEB; 3. Taxa de distorção idade-série; 3. Taxa de abandono; 4. Taxa de aprovação; 5. Taxa de reprovação; 6. Média de horas-aula diária; 7. Média de alunos por turma; 8. Taxa de analfabetismo; 9. Taxa de escolarização; 10. Proporção de alunos com aprendizado adequado para etapa escolar.	1. IDUS; 2. Metas e indicadores definidos no Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP), conforme art. 36, IV do Decreto Federal nº 7.508/2011. Para o triênio 2013/2015, as diretrizes, metas e indicadores foram fixadas por meio da Resolução nº 5/2013, da Comissão Intergestores Tripartite do SUS (cujo inteiro teor está disponível no endereço <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Resolucao_Indicadores_2013_2015.pdf>, acessado em 17 jan. 2014). Segue relação de indicadores que serão objeto de avaliação de 2013 a 2015, a pretexto de fortalecimento do planejamento do SUS e implementação do aludido COAP: 2.1. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica; 2.2. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSA-B); 2.3. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Pro-grama Bolsa Família; 2.4. Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal; 2.5. Média da água coletiva de escovação dental supervisionada;
Saúde		11.2. Idoso; 11.3. Mulher, gestante, parturiente e lactante; 11.4. Indígenas; 11.5. Pacientes de câncer; 11.6. Portadores de Aids/HIV; 11.7. Portadores de deficiência; 11.8. Portadores de transtornos mentais; 11.9. Pacientes que necessitem de transplante; 11.10. Usuários de drogas, dentre outros.	

(continua)

Conteúdo do gasto mínimo	Índices e indicadores relevantes	Gasto mínimo material
Educação		2.24. Taxa de mortalidade infantil; 2.25. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados; 2.26. Proporção de óbitos maternos investigados; 2.27. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados; 2.28. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade; 2.29. Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial; 2.30. Para município/região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estados e DF: Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas); 2.31. Percentual de crianças indígenas <7 anos de idade com esquema vacinal completo; 2.32. Proporção de óbitos infantis e fetais indígenas investigados; 2.33. Proporção de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados; 2.34. Proporção de óbitos de mulheres indígenas em idade fértil (MIF) investigados; 2.35. Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas; 2.36. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera; 2.37. Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose; 2.38. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida; 2.39. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação;
Saúde		

(continua)

Conteúdo do gasto mínimo	Índices e indicadores relevantes	Gasto mínimo material
Educação		2.6. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos; 2.7. Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente; 2.8. Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente; 2.9. Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente; 2.10. Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente; 2.11. Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado; 2.12. Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado; 2.13. Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente; 2.14. Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM); 2.15. Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI); 2.16. Cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); 2.17. Proporção das internações de urgência e emergência reguladas; 2.18. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária; 2.19. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária; 2.20. Proporção de parto normal; 2.21. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal; 2.22. Número de testes de sífilis por gestante; 2.23. Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência;
Saúde		

(continua)

Conteúdo do gasto mínimo		Índices e indicadores relevantes	Gasto mínimo material
Educação	2.40. Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados; 2.41. Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios; 2.42. Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos; 2.43. Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm³; 2.44. Número de testes sorológicos anti-HCV realizados; 2.45. Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das cortes; 2.46. Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados; 2.47. Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral; 2.48. Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina; 2.49. Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários; 2.50. Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária; 2.51. Número absoluto de óbitos por dengue; 2.52. Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue; 2.53. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez; 2.54. Percentual de municípios com o Sistema HORSUS implantado; 2.55. Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados; 2.56. Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano;		
Saúde			

(continua)

Conteúdo do gasto mínimo		Índices e indicadores relevantes	Gasto mínimo material
Educação	Saúde		
2.57. Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas; 2.58. Proporção de novos e/ou ampliação de Programas de Residência em Medicina da Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva; 2.59. Proporção de novos e/ou ampliação de Programas de Residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental; 2.60. Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados; 2.61. Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos; 2.62. Número de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento; 2.63. Proporção de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde; 2.64. Proporção de Conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS); 2.65. Proporção de municípios com Ouvidoria Implantada; 2.66. Componente do SNA estruturado; e 2.67. Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Prego em Saúde.			

(conclusão)

Fonte: Elaboração própria.