

CUSTEIO DO DIREITO À SAÚDE: EM BUSCA DA MESMA PROTEÇÃO CONSTITUCIONAL CONQUISTADA PELO DIREITO À EDUCAÇÃO^(*)

FINANCING THE RIGHT TO HEALTH: SEARCHING FOR THE SAME CONSTITUTIONAL PROTECTION ACHIEVED BY THE RIGHT TO EDUCATION

*Élida G. Pinto**
*Sonia Fleury***

RESUMO

Este estudo cuida de comparar os estágios evolutivos dos direitos à saúde e à educação no Brasil pós-1988, tendo por foco seus respectivos arranjos protetivos e, em especial, a garantia de financiamento mínimo, tal como foram fixados constitucionalmente. Para avaliar as diferenças de regime normativo quanto ao dever de financiamento estatal de tais direitos fundamentais no texto da Constituição de 1988, foram eleitas as dimensões de (1) grau de operacionalidade da norma por si mesma e, por conseguinte, a necessidade de complementação posterior, ou não, para fins de sua aplicação plena; (2) estabilidade temporal e institucional do próprio arranjo; (3) existência de definição material feita em lei do que é gasto mínimo e de quais ações e serviços nele se incluem, ou não; (4) distribuição de competências e responsabilidades por cada ente da federação e entre eles no custeio da política pública; (5) projeção de avanços fiscais e materiais para o futuro, com metas de ação diferidas no tempo; e (6) previsão de sanções decorrentes do inadimplemento parcial ou total do dever de aplicação dos mínimos constitucionais nas políticas públicas de educação e saúde. Justifica-se a instigação ora proposta, na medida em que só em janeiro

(*) Este trabalho é resultado de uma investigação de pós-doutorado realizada na Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas (Ebape/FGV). No trabalho original as hipóteses foram testadas por meio de uma pesquisa empírica sobre as despesas orçamentárias no estudo de caso do Estado de Minas Gerais, no período 2003-2008. O estudo de caso não foi incluído neste artigo por exceder o espaço disponível.

(**) Professora Adjunta de Direito Administrativo, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Escola Superior Dom Helder Câmara (ESDHC). Procuradora do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE/SP). Belo Horizonte/MG – Brasil. E-mail: elida.graziane@gmail.com.

(***) Professora Titular de Políticas Públicas, Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas Ebape/FGV. Belo Horizonte/MG – Brasil. E-mail: sfleury@fgv.br.

Texto recebido em 25.10.11. Revisado em 07.03.12. Aprovado em 09.03.12.

de 2012 foi sancionada a Lei Complementar nº 141, que regulamenta a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, vinculando a contribuição da União à variação nominal do PIB, o que manterá o orçamento público destinado à saúde nos patamares atuais. A partir de tal comparação, restou confirmada a hipótese de que o financiamento estatal da saúde no Brasil é problema mal concebido e resolvido no próprio Art. 198 da CF/88, com a redação dada pela EC nº 29/00. Diferentemente do ocorrido na área da educação, não houve até agora distribuição de responsabilidades federativas e permanece a falta de uma clara regra de equilíbrio entre receitas disponíveis e despesas a serem cobertas no dever de financiamento mínimo das ações e serviços públicos de saúde.

Palavras-chave:

Educação; Emenda Constitucional nº 29/00; Financiamento; Lei Complementar nº 141/12; Saúde.

ABSTRACT

This study aims at comparing the evolutionary stages of the rights to health and education in Brazil post-1988, with the focus on their protective arrangements and, in particular, the minimum funding guarantee, as were constitutionally fixed. To assess differences in regulatory regime regarding the duty of government funding of such fundamental rights in the Constitution of 1988, elected the dimensions of (1) degree of operability of the rule by itself, and therefore the need for additional posterior or not for its full implementation, (2) temporal and institutional stability of the normative arrangement, (3) existence of material definition made by law of which is minimum spent and what actions and services are included in it or not; (4) distribution of powers and responsibilities for each entity of the federation between them and the cost of public policy, (5) projection of tax advances and materials for the future, with targets of action deferred in time and (6) prediction of sanctions arising partial or total breach of the duty of application of the constitutional minimum in public policy education and health. This instigation acquires relevance to the extent that, only in January 2012, the Constitutional Amendment nº 29, September 13, 2000 was regulated by the Complementary Law 141, although keeping the Federal government expenditure linked to the NGP variation, what represents the maintenance of the same level of the public expenditure. From this comparison, the hypothesis that the state funding of health problem in Brazil is poorly conceived and resolved was also confirmed in Art. 198 of CF/88, with the word given by the EC 29/00. Contrary to what happened in education, there wasn't until now a permanent basis for the distribution of federal responsibilities, and is still unclear the balance between available revenue and expenses to be covered in the minimum funding obligation to actions and public services health.

Keywords:

Brazilian Complementary Law 141/12; Brazilian Constitutional Amendment 29/00; Education; Funding; Health.

INTRODUÇÃO

Este estudo promove, em linhas basilares, uma comparação necessária entre o estágio de progressividade constitucionalmente conquistado na política pública de educação e a instabilidade de financiamento na saúde.

Mais do que apenas reclamar maior volume de recursos para o custeio da saúde, discute-se aqui que esse setor lida com a necessidade de rever suas demandas institucionais em prol de uma melhor definição das normas que lhe dizem respeito no texto da Constituição.

Somente em janeiro de 2012 foi sancionada a Lei complementar nº 141/12⁽¹⁾, regulamentando a Emenda nº 29/00⁽²⁾. Contrariamente às expectativas geradas pelo projeto originado no Senado, que previa a destinação de 10% da receita corrente bruta como contribuição da União, o texto aprovado continuou vinculando esta contribuição à variação do PIB. Como isto significa manter os patamares atuais da despesa pública em saúde, a insatisfação gerada tem apontado para a coleta de assinaturas e outros instrumentos de participação popular, demonstrando que essa não é uma situação resolvida. Mesmo com a reclamada regulamentação por lei complementar, cumpre avaliar o cabimento de uma reforma constitucional dos parágrafos 2º e 3º do Art. 198 e dos seus próprios fundamentos para “renegociar”⁽³⁾ federativamente os custos financeiros e desafios materiais do dever estatal de garantia e promoção da saúde.

(1) BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 2 jul. 2012.

(2) BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 2 jul. 2012.

(3) Na feliz expressão de *Corbucci et al.* (CORBUCCI, Paulo Roberto; BARRETO, Ângela; CASTRO, Jorge Abrahão de; CHAVES, José Valente; CODES, Ana Luiza. Vinte anos da Constituição Federal de 1988: avanços e desafios na educação brasileira. In: BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise, Brasília, v. 2, n. 17, p. 17-81, 2009. (Série Vinte anos da Constituição Federal)

Como se verá ao longo da comparação que se pretende fazer neste artigo, com a trajetória do arranjo constitucional da 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 da saúde demanda uma intervenção mais forte e mais profunda⁽⁴⁾ que lhe traga os mesmos efeitos limitadores⁽⁵⁾ dos abusos e desvios interpretativos impostos, na área da educação, pela Emenda nº 53⁽⁶⁾, a chamada Emenda do Fundeb⁽⁷⁾.

O objetivo central que orienta o artigo, portanto, é o de tentar compreender se e como as diferenças de formato no arranjo constitucional dos direitos fundamentais à saúde e à educação poderiam ter, direta ou indiretamente, provocado, nas ações e serviços públicos em saúde, uma espécie de guerra fiscal de despesa na federação e sua estagnação programática, de um lado; e produzido, nas ações de manutenção e desenvolvimento do ensino público, uma rota de estabilidade relativa de financiamento e progressividade material, de outro.

Busca-se, portanto, problematizar a estrutura e a própria força normativa de cada qual dos arranjos protetivos da saúde e da educação, para observar o grau de cumprimento, pelos três níveis da federação, dos valores constitucionais mínimos de gasto público nas políticas públicas que lhes correspondem (definidos, respectivamente, nos arts. 198, § 2º, e 212 da CF/88).

(4) 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/88, com a redação que lhe foi dada pela EC nº 29/00. Embora este estudo não objetive cuidar da análise dos diversos projetos de lei complementar que tramitam no Congresso Nacional para fins de “regulamentação da Emenda 29” (como ficou mais usualmente conhecida), 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 EC nº 29/00, 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).

(5) A Emenda 53/06 (que operou como verdadeira correção de rumos no custeio mínimo da política pública de educação) introduziu limites no Art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), o qual – por si só – é evidência jurídica interessante da trajetória ampliada na área da educação, na sequência das redações que lhe foram atribuídas pelo texto original da CF/88, pela EC nº 14/96 e pela EC nº 53/06.

(6) BRASIL. Emenda Constitucional nº 53, de 19 de dezembro de 2006, Dá nova redação aos arts. 7º, 23, 30, 206, 208, 211 e 212 da Constituição Federal e ao art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc53.htm>. Acesso em: 2 jul. 2012.

(7) Sigla relativa ao Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação, que foi regulado pela Emenda Constitucional nº 53, de 2006. O Fundeb aprimorou o modelo anteriormente criado pela Emenda Constitucional nº 14, de 12 de setembro de 1996, a qual havia criado o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef).

A metodologia adotada de comparar tais arranjos à luz de dimensões como “eficácia”, “estabilidade”, “conteúdo”, “competências”, “progressividade” e “sanções” pretende evidenciar diferenças de estágio protetivo entre os citados direitos fundamentais. Objetiva-se, com isso, a incorporação, em favor do direito à saúde, da aprendizagem conquistada na área da educação ao longo das diversas emendas constitucionais que aprimoraram seu arranjo normativo.

Diferentemente da saúde, o arranjo constitucional da educação parece controlar – com mais densidade jurídica e até mesmo fiscal – as tentativas de fuga ao dever de financiamento mínimo. Ao longo deste texto, espera-se observar se tal estabilidade teria permitido à área da educação avançar em novas emendas constitucionais que lhe teriam proporcionado não apenas garantias fiscais, mas também uma consistente rota material de progressividade na sua prestação.

A aquisição de novos patamares constitucionais de alargamento do dever estatal de consecução material de direitos fundamentais revelar-se-ia, desse modo, não mais como uma luta histórico-política de setores isolados, mas sim como uma conquista de todo o sistema jurídico-protetivo da dignidade da pessoa humana.

A confirmação da existência de uma progressiva evolução constitucional recente da política pública de educação poderia, nesse sentido, expressar um norte interpretativo, em torno do qual a saúde deveria se orientar para tentar alcançá-lo.

Para cumprir tal propósito, o estudo foi dividido em três seções, incluída esta introdução, cuidando a segunda seção detidamente da análise comparativa entre os arranjos constitucionais. Por fim, na terceira e última seção é que se chega a algumas linhas analíticas que apontam a progressividade da política pública de educação quando comparada com a estagnação programática da política pública de saúde, o que, de certo modo, decorre da sua instabilidade de financiamento.

A hipótese que se espera confirmar é a de que a saída para o complexo problema do financiamento do SUS no Brasil no pós-Emenda nº 29/00, parece passar muito mais pela fixação – de forma mais clara e consistente – das regras federativas de distribuição dos custos da política pública de saúde, no seio do Art. 198 da Constituição, do que pela ampliação da carga tributária em favor apenas da União. Por outro lado, a regulamentação da contribuição da União (Lei Complementar nº 141/12), com base na variação do PIB e não na arrecadação tributária, dissocia responsabilidades de capacidades dos órgãos federativos em relação ao financiamento da política que assegure o direito universal à saúde.

I. DIFERENÇAS ENTRE OS ARRANJOS NORMATIVOS DO DIREITO À EDUCAÇÃO E DO DIREITO À SAÚDE

A radicalidade na defesa dos direitos à saúde e à educação impõe uma interpretação que dê a máxima eficácia aos comandos constitucionais que situam o estágio atual de sua proteção, sendo vedada qualquer tentativa de retrocesso.

É em torno dos arranjos constitucionais que vedam retrocesso e fomentam uma consistente rota de progressividade na tutela estatal dos aludidos direitos fundamentais que se estrutura o presente estudo, sendo seus objetivos a delimitação das nuances normativas de cada qual (saúde e educação) e, na sequência, a comparação entre eles. Eis o objeto da observação que ora se inicia.

Uma tese de constatação aparentemente óbvia, mas absolutamente crucial para o objeto deste estudo, abre o presente capítulo: há maior estabilidade de financiamento da política pública de educação do que o estágio alcançado para a área da saúde.

Diversos fatores econômicos, políticos e sociais poderiam ser arrolados para justificá-la, mas interessa, neste momento, dado o foco jurídico abordado no presente capítulo, considerar apenas as dimensões de ordem normativa.

Assim, cumpre, desde logo, apontar que a comparação entre os arranjos constitucionais não se restringe apenas à análise dos arts. 198, parágrafo 3º, e 212, razão pela qual a discussão é sobre o sistema de financiamento em toda a sua matriz de regras e princípios inscritos na Constituição.

Foram eleitas, nesse sentido, as seguintes dimensões:

1. Eficácia e aplicabilidade da norma constitucional – dimensão que questiona, embora se reconheça haver controvérsia conceitual⁽⁸⁾ sobre o tema, o grau de operacionalidade da norma por si mesma e, por conseguinte, a necessidade de complementação posterior, ou não, para fins de sua aplicação plena;
2. Estabilidade temporal e institucional – dimensão que permite analisar a longevidade temporal do dispositivo em face da sua institucionalização

(8) Em suma, três classificações são apresentadas doutrinariamente:

1) **normas constitucionais operativas e programáticas**, sendo as primeiras dotadas “de eficácia imediata ou, pelo menos, de eficácia não dependente de condições institucionais ou de fato”, enquanto as normas programáticas definiriam “objetivos cuja concretização depende de providências situadas *fora* ou *além* do texto constitucional.” (MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Curso de Direito Constitucional. 2.ed. São Paulo: Saraiva, 2009. p. 28, grifos do autor).

2) **normas constitucionais autoexecutáveis e não autoexecutáveis**, de modo que aquelas seriam “as disposições constitucionais bastantes em si, completas e suficientemente precisas na sua hipótese de incidência e na sua disposição, aquelas que ministram os meios pelos quais se possa exercer ou proteger o direito que conferem, ou cumprir o dever e desempenhar o encargo que elas impõem”, enquanto essas últimas seriam as “disposições constitucionais incompletas ou *insuficientes*, para cuja execução se faz indispensável a mediação do legislador, editando normas infraconstitucionais regulamentadoras.” (MENDES, op. cit.).

3) **normas constitucionais de eficácia plena, contida e limitada**: as primeiras, como o próprio nome indica, são aquelas que produziriam a plenitude dos seus efeitos, independentemente de complementação por norma infraconstitucional, razão pela qual teriam aplicação de maneira direta, imediata e integral. Já as normas constitucionais de eficácia contida seriam as que produzem a plenitude dos seus efeitos, mas que podem ter o seu alcance restringido por norma posterior. Também têm aplicabilidade direta, imediata e integral, mas o seu alcance pode vir a ser reduzido em razão da existência na própria norma de um fator de contenção do seu sentido. Por fim, as normas de eficácia limitada são incapazes de produzir todos os seus efeitos por si sós, uma vez que dependem de complementação integradora de norma infraconstitucional (lei integradora).

constitucional (se integra o texto permanente ou transitório da Constituição e se perpassa mais de um texto constitucional);

3. Conjuntura da edição da norma constitucional e de suas posteriores alterações – trata-se de critério que, embora pressuponha fatores sociais, políticos e econômicos, dá indícios contextuais acerca das opções jurídico-legislativas na edição da norma constitucional (interpretação histórica);

4. Conteúdo e alcance material da vinculação constitucional de gasto mínimo – dimensão que pretende testar se houve, no texto da Constituição, definição material exaustiva do que é gasto mínimo e de quais ações e serviços nele se incluem, ou não;

5. Distribuição de competências e responsabilidades para cada ente da federação e entre eles – dimensão interessada em questionar:

5.1. como o gasto mínimo foi determinado para cada ente federativo,

5.2. a distribuição de competências e responsabilidades de custeio entre os três níveis da federação (o que cabe a cada ente e se a regra de vinculação é igual para todos os entes), e

5.3. se existe regra clara do papel integrador (ainda que supletivo ou complementar) da União, entendida por regra clara aqui a perspectiva de fixação objetiva de patamar de gasto federal, sem necessidade de ulterior regulamentação expedida pela própria União;

6. Progressividade do arranjo constitucional – dimensão que cuida de observar, diante da leitura dos dispositivos constitucionais relativos a cada qual dos sistemas de financiamento de direitos fundamentais observados (saúde e educação), se o arranjo faz projeção de avanços fiscais e materiais para o futuro, com metas de ação diferidas no tempo.

Os indicadores escolhidos de tal progressividade são:

6.1. expansão da base quantitativa inicialmente conquistada de financiamento (mitigação da DRU, por exemplo), e

6.2. inclusão de novos patamares qualitativos de ação governamental como garantia obrigatória da política pública.

7. Sanções pelo descumprimento – dimensão que visa apontar a força normativa do arranjo a partir das sanções decorrentes do inadimplemento parcial ou total do dever de aplicação dos mínimos constitucionais nas políticas públicas de educação e saúde.

Uma vez descrito o rol de dimensões que conduzirá o presente esforço comparativo entre os arranjos constitucionais de financiamento estatal dos direitos à educação e à saúde, passa-se à sua aplicação.

No que diz respeito à eficácia das normas, o arranjo constitucional da educação dispõe claramente, no Art. 212, o que cada ente deve gastar, sem

condicionar tais percentuais à edição de qualquer norma posterior. Por outro lado, para fins de operacionalização exaustiva do cumprimento do Art. 212, o Art. 60 do ADCT foi alterado pelas Emendas Constitucionais nº 14/96⁽⁹⁾ e nº 53/06, para definir os percentuais destinados prioritariamente à educação fundamental e à educação básica, respectivamente.

As leis reclamadas pela Constituição no arranjo da política pública de educação devem cuidar de outros objetivos⁽¹⁰⁾, uma vez que o financiamento se tornou princípio sensível e seu regime jurídico já foi plenamente incorporado ao texto constitucional.

Diferentemente da força autoexecutória, plenamente eficaz e operativa do sistema constitucional de financiamento **mínimo** das ações estatais de manutenção e desenvolvimento do ensino, a política pública de saúde claramente está condicionada e contida pela carência de lei complementar regulamentadora. Revela-se aqui como necessária, uma vez mais, a citação do parágrafo 3º do Art. 198 da Constituição:

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

(9) BRASIL. Emenda Constitucional nº 14, de 12 de setembro de 1996, Modifica os arts. 34, 208, 211 e 212 da Constituição Federal e dá nova redação ao art. 60 do Ato das Disposições constitucionais Transitórias. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc14.htm>. Acesso em: 2 jul, 2012.

(10) Vide os exemplos do Art. 206, incisos V, VI e VIII, e parágrafo único:

Art. 206. "O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios:

V - valorização dos profissionais da educação escolar, garantidos, **na forma da lei**, planos de carreira, com ingresso exclusivamente por concurso público de provas e títulos, aos das redes públicas;

VI - gestão democrática do ensino público, **na forma da lei**;

[...]

VIII - piso salarial profissional nacional para os profissionais da educação escolar pública, **nos termos de lei federal**.

Parágrafo único. **A lei disporá** sobre as categorias de trabalhadores considerados profissionais da educação básica e sobre a fixação de prazo para a elaboração ou adequação de seus planos de carreira, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios". (*grifos nossos*)

Além disso, vale o registro do Art. 214 que trata do plano nacional da educação, o qual será definido em lei posterior, até porque o planejamento da educação não poderia ser incorporado ao texto constitucional, sob pena de enrijecimento da função planificadora e de excessiva constitucionalização da ação governamental, o que acabaria por amesquinhar o próprio texto constitucional.

Art. 214. "**A lei estabelecerá** o plano nacional de educação, de duração decenal, com o objetivo de articular o sistema nacional de educação em regime de colaboração e definir diretrizes, objetivos, metas e estratégias de implementação para assegurar a manutenção e desenvolvimento do ensino em seus diversos níveis, etapas e modalidades por meio de ações integradas dos poderes públicos das diferentes esferas federativas que conduzam a:

I - erradicação do analfabetismo;

II - universalização do atendimento escolar;

III - melhoria da qualidade do ensino;

IV - formação para o trabalho;

V - promoção humanística, científica e tecnológica do País.

VI - estabelecimento de meta de aplicação de recursos públicos em educação como proporção do produto interno bruto."

I - os percentuais de que trata o § 2º;

II - os 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;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

Em torno de tal regulamentação gira o efetivo e pleno funcionamento do sistema de gastos mínimos definidos no Art. 198, parágrafo 2º, sendo meramente transitória, parcial e precária a norma definida no Art. 77 do ADCT como complemento daquele dispositivo permanente.

Nesse sentido, conclui-se ser o arranjo protetivo do financiamento mínimo das ações e serviços públicos de saúde dotado de normas apenas parcialmente autoexecutórias, na medida em que a sua eficácia e aplicabilidade plenas estão condicionadas pela necessidade de lei regulamentadora posterior.

Quanto às segunda e terceira dimensões ora observadas, pode-se dizer que o financiamento da educação é norma já estabilizada não só no texto permanente da Constituição de 1988, mas que remonta um processo evolutivo iniciado desde a Constituição Republicana de 1934 e que perpassou as Constituições de 1946 e 1967/1969, até chegar à atual Carta Constitucional vigente.

O Art. 212 da CF/88, nesse sentido, é norma dada pelo Poder Constituinte Originário que, na verdade, mostrou-se não só como legado das Constituições anteriores, mas também como aquisição evolutiva e institucional da política pública de educação.

As ações governamentais de manutenção e desenvolvimento do ensino têm assegurado patamar mínimo de gasto público para sua consecução material e formal (vide as figuras dos Fundef e Fundeb) e já apontam, historicamente, para uma rota ainda mais inclusiva.

A respeito da perspectiva de estabilidade temporal e institucional, bem como dos contextos históricos em que se deu a edição e as alterações do arranjo constitucional de financiamento da política pública de educação, deveras pertinente foi a análise do ministro da Educação Fernando Haddad, quando da promulgação da Emenda Constitucional nº 59/09⁽¹¹⁾. Com a devida escusa ao

(11) BRASIL. Emenda Constitucional nº 59, de 11 de novembro de 2009, Acrescenta § 3º ao art. 76 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para reduzir, anualmente, a partir do exercício de 2009, o percentual da Desvinculação das Receitas da União incidente sobre os recursos destinados à manutenção e desenvolvimento do ensino de que trata o art. 212 da Constituição Federal, dá nova redação aos incisos I e VII do art. 208, de forma a prever a obrigatoriedade do ensino de quatro a dezessete anos e ampliar a abrangência dos programas suplementares para todas as etapas da educação básica, e dá nova redação ao § 4º do art. 211 e ao § 3º do art. 212 e ao caput do art. 214, com a inserção neste dispositivo de inciso VI. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc59.htm>. Acesso em: 2 jul. 2012.

leitor pela longa citação, faz-se o registro integral do artigo de opinião publicado em jornal de grande circulação nacional, por ser paradigmática a análise de Haddad⁽¹²⁾, no sentido de que houve um verdadeiro redesenho progressista do arranjo constitucional da política pública de educação:

EDUCAÇÃO E CONSTITUIÇÃO

UMA BOA maneira de julgar a atuação de um governante numa área específica é avaliar as mudanças constitucionais avalizadas por sua base de sustentação, sem a qual é impossível aprovar uma emenda constitucional, com ou sem o apoio da oposição. O governo Lula aprovou, com o apoio da oposição, duas emendas constitucionais (nº 53 e nº 59) que alteraram significativamente oito dispositivos da maior relevância para a educação.

1) Obrigatoriedade do ensino dos quatro aos 17 anos. Nesse particular, nossa Constituição está entre as mais avançadas do mundo. Em editorial, esta Folha defendeu a seguinte tese: “Falta uma medida ousada, como estender a obrigatoriedade para todo o ensino básico, até a terceira série do nível médio”. Cinco meses depois, a emenda constitucional promulgada vai além, ao garantir a universalização da pré-escola, sem o que a obrigatoriedade do ensino médio se tornaria pouco factível.

2) Fim da DRU da educação. A Desvinculação de Receitas da União retirava do orçamento do MEC, desde 1995, cerca de R\$ 10 bilhões ao ano. Depois da tentativa frustrada de enterrá-la por ocasião da prorrogação da CPMF, em 2007, o Congresso finalmente pôs fim à DRU, valendo-se dos últimos três orçamentos de responsabilidade do governo Lula.

3) Investimento público em educação como proporção do PIB. O atual Plano Nacional de Educação (PNE 2001-2010) previra a “elevação, na década, por meio de esforço conjunto da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, do percentual de gastos públicos em relação ao PIB, aplicados em educação, para atingir o mínimo de 7%”. O dispositivo foi vetado, em 2001, com o seguinte argumento: “Estabelecer, nos termos propostos, uma vinculação entre despesas públicas e PIB, a vigorar durante exercícios subsequentes, contraria o disposto na Lei de Responsabilidade Fiscal”. A saída para o próximo PNE foi aprovar norma de hierarquia superior. Com a emenda constitucional nº 59, torna-se obrigatório o “estabelecimento de meta de aplicação de recursos públicos em educação como proporção do PIB”.

4) Piso salarial nacional do magistério. O Pacto pela Educação, firmado em 1994 no Palácio do Planalto, previa a fixação de um piso salarial para todos os professores do país. Renegado, o compromisso, enfim, tornou-se realidade. Em 1º de janeiro de 2010, o piso deverá ser totalmente integralizado e observado por todos os Estados e municípios.

5) Fundeb. O Fundo da Educação Básica, que substituiu o Fundef, multiplicou por dez a complementação da União que visa equalizar o investimento por aluno no país, além de incluir as matrículas da educação infantil, do ensino médio e da educação de jovens e adultos, desconsideradas pelo fundo anterior, restrito ao ensino fundamental regular.

(12) HADDAD, Fernando. Educação e constituição. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 22 nov. 2009. Opinião, p. A3.

6) *Repartição e abrangência do salário-educação.*

Os recursos do salário-educação, mais do que duplicados, antes destinados apenas ao ensino fundamental, podem, agora, financiar toda a educação básica, da creche ao ensino médio, e sua repartição passou a ser feita entre Estados e municípios pela matrícula, diretamente aos entes federados.

7) *Ensino fundamental de nove anos. As crianças das camadas pobres iniciam agora o ciclo de alfabetização na mesma idade que os filhos da classe média, aos seis anos, garantindo-se o direito de aprender a ler e escrever a todos.*

8) *Extensão dos programas complementares de livro didático, alimentação, transporte e saúde escolar, antes restritos ao ensino fundamental, para toda a educação básica, da creche ao ensino médio. Pode soar inacreditável, mas, até 2005, os alunos do ensino médio público não faziam jus a nada disso. Mesmo que fosse possível deixar de lado as reformas infraconstitucionais no nível da educação básica, profissional e superior enfeixadas no Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), a profundidade dessas mudanças estruturais já justificaria um governo.*

No tempo certo, as novas gerações se debruçarão, com o distanciamento devido, sobre um evento tão cheio de significado histórico quanto a presidência de Lula, suas semelhanças e colossais diferenças, e hão de notar o sentido progressista em que foi reescrito o capítulo consagrado à educação na nossa lei maior.

A partir de tal artigo e sedimentando a análise das dimensões dois e três, pode-se concluir também, no que se refere à observação da dimensão seis, que houve significativas conquistas materiais e fiscais para a política pública de educação.

Dito de outro modo, o arranjo constitucional de financiamento público da educação não só se estabilizou institucional e temporalmente como permitiu que o setor passasse a incorporar de forma sistemática (por meio das Emendas Constitucionais nº 14/96, nº 53/06 e nº 59/09) uma rota consistente de progressividade na consecução da sua política pública.

De outro lado, quando se cruzam essas mesmas dimensões (dois, três e seis) na análise do arranjo constitucional relativo ao financiamento mínimo das ações e serviços públicos de saúde, percebe-se, contudo, que há uma situação de instabilidade financeira e relativa estagnação institucional e do seu estágio evolutivo.

Como já visto, é inovação da Carta de 1988 a estatura institucional da saúde como direito fundamental de acesso universal e igualitário, a que corresponde um dever estatal de prestação mediante um sistema único financiado pelo Orçamento da Seguridade Social.

Tal inovação rompe com uma larga trajetória de conferir direitos sociais, quer em uma linha puramente assistencialista, quer em uma relação contratual e contributiva de seguro social⁽¹³⁾.

(13) FLEURY, Sonia. Políticas sociais e democratização do poder local. In: VERGARA, Sylvia Constant; CORRÊA, Vera Lucia de Almeida (Orgs.). *Propostas para uma gestão pública municipal efetiva*. Rio de Janeiro: FGV, 2003. p. 91-115.

Nesse sentido, a estabilidade temporal e institucional do arranjo constitucional do direito à saúde ressentem-se, em alguma medida, com a necessidade de sedimentar as profundas reformas instauradas nessa política pública pelo Constituinte de 1988.

No texto permanente originário da Constituição, nenhuma disposição havia sido prevista para garantir a materialidade financeira das mudanças⁽¹⁴⁾ havidas em relação ao marco anterior, e o financiamento do SUS só se tornou motivo de norma constitucional específica com a Emenda Constitucional nº 29/00.

Em relação à dimensão dois, portanto, pode-se inferir que a Constituição de 1988 construiu, para o direito à saúde, um arranjo novo em relação aos marcos constitucionais anteriores. Obviamente, a institucionalidade em construção no meio social e jurídico não é tão estável quanto a já sedimentada ao longo de décadas e diferentes textos constitucionais.

A política pública de saúde emergiu forte e ampliada do processo constituinte, tendo se desdobrado na Carta de 1988 em diversos dispositivos como verdadeira conquista dos movimentos sociais, notadamente o movimento sanitário⁽¹⁵⁾.

Quando comparada à política pública de educação, a institucionalidade normativa do direito à saúde parece ainda menina, quase adolescente. Mas, quando comparada às suas próprias origens, a política pública de saúde, em seu arranjo constitucional dado pela CF/88, revela-se como produto maturado – embora inconcluso, como bem lembra Fleury⁽¹⁶⁾ – de um longo e construtivo processo de transformação social, com fundas raízes democratizantes.

No que toca à dimensão três, por outro lado, a inserção de dispositivos constitucionais relativos ao financiamento do direito à saúde não se deu em

(14) Notadamente o acesso universal e igualitário e o Sistema Único de Saúde.

(15) De acordo com Piola *et al.*: “O movimento sanitário propunha a democratização das relações entre a sociedade e o sistema de saúde, como posição política aglutinadora. Pode-se afirmar, resumidamente, que o movimento sanitário defendia **quatro pontos doutrinários centrais que foram decisivos para a formulação dos artigos referentes à saúde na nova constituição**: i) concepção de saúde como direito universal de cidadania; ii) a compreensão da determinação da saúde e doença pelas relações econômicas e sociais prevalentes; iii) a responsabilidade do Estado na garantia do direito e a necessidade de criar um sistema público unificado de saúde e de livre acesso a toda a população, superando a antiga dicotomia organizacional e de usuários que advinha da existência separada dos serviços de saúde pública e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); e iv) a participação e o controle direto, isto é, o controle social deste sistema unificado por representantes da população e das entidades civis da sociedade.” (grifo nosso). PIOLA, Sérgio Francisco; BARROS, Elisabeth Diniz; NOGUEIRA, Roberto Passos; SERVO, Luciana Mendes; SA, Edvaldo Batista de; PAIVA, Andrea Barreto. Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira? *Políticas sociais: acompanhamento e análise*, Brasília, v. 17, n. 3, p. 95-171, 2009. p. 108.

(16) FLEURY. op. cit.

contexto histórico favorável⁽¹⁷⁾ à sua densificação jurídico-normativa.

Não sendo constante do texto originário da Constituição, o arranjo protetivo do financiamento estatal do SUS foi constrangido juridicamente pelo seu advento em um momento de planos econômicos sucessivos e ajustes fiscais contracionistas, derivados da perda do fenômeno multiplicador de receitas que a inflação gerava.

A Emenda Constitucional nº 29 foi promulgada no mesmo ano em que foi editada a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000) e um ano após a crise da maxidesvalorização cambial da moeda brasileira em face do dólar. Segundo *Mendes*⁽¹⁸⁾,

A partir da estabilização da inflação, em 1994, o financiamento do desequilíbrio fiscal se fez mediante a expansão da dívida pública. Porém, no início de 1999, com a dívida líquida do setor público atingindo 47% e em trajetória de expansão, e com diversas crises internacionais colocando em xeque o regime de câmbio fixo que permitia manter estável a inflação, tornou-se inevitável um ajuste nas contas fiscais do País. (...) A forma disponível para se obter equilíbrio fiscal em um regime de despesa rígida e crescente foi, por um lado, o já analisado contingenciamento de despesas, como forma de frear o ritmo de crescimento do gasto. Por outro lado, buscou-se a expansão da receita fiscal.

Em face da crise econômica premente em 1999 e 2000, soou como circunstancialmente justificável a falta de disposição direta no texto permanente da Constituição dos patamares mínimos de gasto público em saúde, na forma do parágrafo 2º do Art. 198, introduzido pela EC nº 29.

Passados dez anos da promulgação dessa Emenda e cinco anos depois de esgotada a fórmula transitória do Art. 77 do ADCT, o financiamento estatal das ações e serviços públicos de saúde ainda se ressentia da técnica legislativa adotada na circunstância histórico-política da edição da Emenda nº 29. Com

(17) *Fleury*, a esse respeito, leciona que "A legislação ordinária promulgada nos anos 90 visa a concretizar o processo de descentralização e co-gestão das políticas sociais, em um contexto altamente desfavorável, com a prioridade governamental orientada para a estabilização da moeda, a redução do tamanho do estado e do gasto público e o fechamento das contas externas. Nesse contexto observa-se, por um lado, que o governo tende a ver o investimento social como gasto a ser reduzido e, por outro lado, que a preponderância dos valores da sociedade de consumo – o individualismo e a competição – diminuem a importância dos valores solidários e das estratégias de cooperação, base dos pactos societários que deram origem e sustentação às políticas de proteção social. A hegemonia do pensamento liberal impõe uma nova agenda de reformas, em oposição ao padrão constitucional brasileiro, propugnando a intervenção mínima do estado em políticas focalizadas em relação aos grupos mais vulneráveis, com a prestação de serviços sendo atribuída prioritariamente ao setor privado, lucrativo ou não, buscando aumentar os recursos financeiros com a cobrança aos usuários, com a alocação de recursos através da demanda e não da oferta, garantindo assim suposta livre escolha dos consumidores e a competição entre os prestadores de serviços. A política social passa a ser manejada por meio de projetos, com a perda de sua organicidade". *Ibid.*, p. 102-103

(18) MENDES, Id. *Ibid.*, p. 78-79.

a sua regulamentação pela Lei Complementar nº 141/2012⁽¹⁹⁾, foram definidas as competências de cada nível governamental em relação ao financiamento do SUS⁽²⁰⁾, sancionando a participação da União como vinculada à variação do PIB. Dessa forma, foi incorporada ao texto legal a experiência de restrição financeira gerada em um período de priorização da estabilidade monetária em detrimento das necessidades de cumprimento das disposições constitucionais de garantia do direito universal à saúde.

Já são muitos os atores políticos que começam a se mobilizar para denunciar que essa regulamentação tenderá a manter o subfinanciamento do setor saúde, impedindo na prática a exegibilidade do direito à saúde. A insatisfação foi aumentada com o corte do Orçamento de 2012, no qual a área de saúde foi a que teve a maior redução. O movimento procura canalizar essa insatisfação para a coleta de assinaturas e a elaboração de uma emenda popular legislativa.

Com isso, resta reforçada, uma vez mais, a conclusão primariamente construída há pouco de que a estrutura constitucional de financiamento mínimo

(19) Art. 1º “Esta Lei Complementar institui, nos termos do § 3º do Art. 198 da Constituição Federal: I - o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde; II - percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde; III - critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais; IV - normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal”

(20) Art. 5º “A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. § 2º Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.” Art. 6º “Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o Art. 155 e dos recursos de que tratam o Art. 157, a alínea ‘a’ do inciso I e o inciso II do caput do Art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.” Art. 7º “Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o Art. 156 e dos recursos de que tratam o Art. 158 e a alínea ‘b’ do inciso I do caput e o § 3º do Art. 159, todos da Constituição Federal.” Art. 8º “O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.” Art. 9º “Está compreendida na base de cálculo dos percentuais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no § 2º do Art. 198 da Constituição Federal, já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial.” Art. 10. “Para efeito do cálculo do montante de recursos previsto no § 3º do Art. 5º e nos arts. 6º e 7º, devem ser considerados os recursos decorrentes da dívida ativa, da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa.” Art. 11. “Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão observar o disposto nas respectivas Constituições ou Leis Orgânicas sempre que os percentuais nelas estabelecidos forem superiores aos fixados nesta Lei Complementar para aplicação em ações e serviços públicos de saúde.” *Ibid.*

da política pública de saúde é menos estável temporal e institucionalmente que a estrutura da política pública de educação. Isso ocorre, entre outras coisas, porque não foi favorável a circunstância histórica de emergência da norma peculiar instituidora desse financiamento. Daí decorreu um arranjo mais programático que operativo e, por isso, mais suscetível à instabilidade da falta de norma regulamentadora.

Não é sem razão que, para a política pública de saúde, não tenha havido avanços materiais e fiscais, porque a agenda reformista que seria capaz de demandar novos progressos para o setor ficou travada, pragmaticamente interdita com o tema primário da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29.

Sua regulamentação, ao invés de resolver o impasse criado pela própria Emenda nº 29, parece indicar um cenário de aumento da tensão política, ao contrário de alcançar os avanços conquistados pela política pública de educação. Dois exemplos da política pública de educação demonstram claramente a diferença de perspectiva na conquista de novos patamares aquisitivos em cada qual das políticas públicas mencionadas, a saber, a mitigação da DRU e o ensino obrigatório dos quatro aos 17 anos de idade.

Com a progressiva extinção⁽²¹⁾ da desvinculação de receitas da União para as ações federais de manutenção e desenvolvimento do ensino, indiscutivelmente o arranjo constitucional protetivo da política pública de educação se beneficiará com a expansão da sua base quantitativa inicialmente conquistada de financiamento estatal. O mesmo não se sucede com a saúde, paralisada por mais de uma década pela discussão e mobilização em prol da regulamentação da Emenda nº 29, na forma do parágrafo 3º do Art. 198.

Já a extensão da educação básica, de oferta obrigatória pelo Estado, dos quatro aos 17 anos de idade, dá a tônica de uma progressiva rota de universalização da política pública de educação, coerente com a busca de maiores e mais sofisticados padrões de qualidade.

Na saúde, contudo, a tematização normativa em prol da inclusão de novos patamares qualitativos de ação governamental (como garantia obrigatória da política pública em si) tem resvalado majoritariamente para discussões judiciais, em vez de retroalimentar sistemicamente o seu processo de planejamento político-legislativo.

Embora não seja o foco deste estudo, vale registrar que a “judicialização” da saúde, como tem sido mais comumente chamada, trata-se de fenômeno, em alguma medida, vinculado à instabilidade de financiamento do SUS. De acordo com *Piola et al.*⁽²²⁾, a política pública de saúde tem passado por questionamentos

(21) Vide o parágrafo 3º do Art. 76 do ADCT acrescido pela EC nº 59/09.

(22) PIOLA, Id. *Ibid.*, p. 152.

da sua garantia de atendimento, sendo a judicialização apenas a sua “face mais nova”⁽²³⁾.

A face judicial do problema da garantia de atendimento do SUS suscita debates entrincheirados em duas linhas de sentido, a saber: 1) a que entende como meio necessário de controle da inércia dos órgãos administrativos e legislativos, quando causadora de lesão ou ameaça de lesão a direitos fundamentais; e, por outro lado, 2) a que defende tratar-se de perigosa ingerência que redefine as próprias prioridades alocativas da política pública de saúde.

Como dito, não se propõe este estudo a dissecar tais questionamentos, os quais, por si só, merecem uma longa e densa abordagem analítica. A breve tematização episódica desse conflito teve por finalidade apenas demonstrar alguns indícios de instabilidade fiscal e material por que tem passado a política pública de saúde.

Testadas, assim, as dimensões um, dois, três e seis⁽²⁴⁾, passa-se, enfim, ao estudo comparativo das dimensões quatro, cinco e sete anteriormente arroladas.

A dimensão quatro, relativa ao conteúdo e alcance material da vinculação constitucional de gasto mínimo, busca indicar se houve, no texto da Constituição de 1988, definição material exaustiva do que é gasto mínimo e de quais ações e serviços nele se incluem, ou não.

Em relação à política pública de educação, os patamares de gasto mínimo na manutenção e desenvolvimento do ensino definidos no Art. 212 devem ser lidos à luz do Art. 208, ambos da Constituição. É neste último artigo que se encontram claramente formulados os níveis materiais de garantia do que significa dever estatal de manutenção e desenvolvimento do ensino público. Do mesmo modo, revela-se objetiva a descrição constitucional das competências de cada ente no Art. 211, que promove a distribuição entre eles dos níveis materiais do Art. 208, na forma dos patamares de gasto mínimo do Art. 212.

(23) Segundo *Piola et al.*, “Se não há dúvidas quanto aos avanços obtidos com a implantação do SUS, também não se pode negar que este enfrenta dificuldades para garantir a integralidade do atendimento e o acesso oportuno da população a determinados tipos de atendimentos, particularmente a consultas especializadas e exames. (...) a discussão sobre a garantia de atendimento enfocará uma questão que vem ganhando muito destaque na mídia e nos debates entre os atores da área de saúde e o judiciário: as ações judiciais na área de saúde. Estas, em parte, têm relação com a persistência dos problemas ainda enfrentados pelo SUS na busca do cumprimento dos preceitos constitucionais. Em particular, a busca do cumprimento do preceito de atendimento integral tem feito que muitos usuários do SUS, amparados pelo Art. 196 da Constituição, que prevê a saúde como direito de todos e dever do Estado, venham recorrendo ao Poder Judiciário para que lhes seja garantido o acesso a determinados medicamentos ou procedimentos”. *Ibid.*, p. 152.

(24) Respectivamente: 1) eficácia e aplicabilidade da norma constitucional (grau de operacionalidade da norma por si mesma e, por conseguinte, a necessidade de complementação posterior, ou não, para fins de sua aplicação plena); 2) estabilidade temporal e institucional (longevidade temporal do dispositivo em face da sua institucionalização constitucional); 3) conjuntura da edição da norma constitucional e de suas posteriores alterações (interpretação histórica); e 6) progressividade do arranjo constitucional (projeção de avanços fiscais e materiais para o futuro, com metas de ação diferidas no tempo).

O arranjo constitucional inscrito no texto permanente da Carta de 1988, nesse sentido, molda a política pública de educação de forma sistêmica e integrada. Por essa razão, o Art. 60 do ADCT não é substitutivo nem tampouco remédio paliativo para a falta de densidade do texto permanente. O Art. 60 do ADCT tem natureza complementar ao Art. 212 da Constituição, porque ele apenas dá diretrizes transitórias sobre a prioridade na educação básica para fins de cumprimento das metas de universalização e erradicação do analfabetismo, inscritas nos incisos I e II do Art. 214 da CF/88.

Diferentemente disso, a política pública de saúde não encontra no texto permanente da Constituição nem o conteúdo dos percentuais de gasto mínimo nem tampouco o alcance material da vinculação do que é gasto mínimo nas ações e serviços públicos em saúde.

Ao invés de indicar diretamente quais patamares e/ou percentuais deveriam ser aplicados como referência de vinculação orçamentária de gasto mínimo, o parágrafo 2º do Art. 198 da Constituição estabeleceu apenas o dever genérico de tal gasto mínimo. A bem da verdade, no citado dispositivo, foram apontadas apenas as bases de cálculo relativas aos Estados, DF e municípios sobre as quais deveriam incidir os programáticos percentuais. Não houve indicação de qualquer critério objetivo para a União nem de percentuais vinculantes para os demais entes. Tudo isso ficou relegado a tratamento posterior em lei complementar, na forma do parágrafo 3º do Art. 198 da Constituição.

É dessa omissão deliberada (na forma do Art. 198, § 3), que durou até a regulamentação da Lei Complementar nº 141/12, que se alimentou a instabilidade fiscal da política pública de saúde e a guerra fiscal de despesa que, desde então, tem sido vivenciada no setor entre os três níveis da federação. A propósito, o próximo capítulo cuidará de tal impasse federativo no custeio estatal da efetivação do direito fundamental à saúde.

Nesse momento é que se impõe a análise da dimensão cinco, relativa precisamente à distribuição de competências e responsabilidades por cada ente da federação e entre eles, tanto no sistema de financiamento estatal da saúde quanto da educação.

Como dito, essa dimensão visa indicar, primeiramente, como o gasto mínimo foi determinado para cada ente federativo. Em segundo plano, objetiva aferir como se dá a distribuição de competências e responsabilidades de custeio entre os três níveis da federação (o que cabe a cada ente e se a regra de vinculação é igual para todos os entes). Em terceiro e último nível, a dimensão cinco se propõe a indicar se existe regra clara do papel integrador (ainda que supletivo ou complementar) da União, entendida por regra clara aqui a perspectiva de fixação objetiva de patamar de gasto federal, sem necessidade de ulterior regulamentação expedida pela própria União.

No caso da educação, os percentuais estão claramente indicados no Art. 212 do texto permanente da Carta de 1988, sendo 18% para a União e 25%

para os demais entes, percentuais esses calculados sobre a receita de impostos e transferências constitucionais.

A distribuição das competências e responsabilidades de custeio entre os entes da federação é feita na forma do Art. 211, que estabelece em qual nível de ensino cada ente deve primordialmente atuar, sendo claro o teor do seu parágrafo 1º ao atribuir à União a competência redistributiva e supletiva de toda a política pública em âmbito nacional.

O Art. 60 do ADCT, por outro lado, reforça a tendência de uma objetiva e integrada distribuição de competências ao definir claramente como cada qual dos entes integra o financiamento dos Fundos de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb).

Com a Emenda Constitucional nº 53/06, a União foi exaustiva e taxativamente implicada, no Art. 60 do ADCT, com patamares fixos de complementação dos recursos dos Fundeb's mantidos em nível estadual, o que revela um cuidado de não lhe deixar qualquer margem de discricionariedade para regular posteriormente qual é o montante federativo da sua participação no custeio de tal sistema. A mudança da redação originária do Art. 60 do ADCT denota, assim, uma consistente rota de correção de desvios na política pública de educação, o que, infelizmente, não se presencia em nível constitucional na área da saúde.

Já, pois, voltando o olhar sobre a política pública de saúde, a indicação dos patamares de gasto mínimo foi feita provisória e transitoriamente no Art. 77 do ADCT, de modo a definir os percentuais de 12% para os Estados e de 15% para os municípios e o DF, sendo ambos incidentes sobre a receita de impostos e transferências.

De outro lado, a União se beneficiou de uma regra distinta que a obriga apenas a manter o seu patamar de gasto em saúde do ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB, agora regulamentada pela Lei complementar nº 141/12. Como será visto na próxima seção, esse é o precário fundamento da progressiva redução proporcional do papel da União no financiamento do SUS no volume total de recursos públicos a ele vertidos.

Vale notar, a esse respeito, que todo e qualquer conteúdo sobre qual seria o papel integrador da União restou delegado à edição da lei complementar reclamada pelo parágrafo 3º do Art. 198 da CF/88. Assim, o comando do inciso II do aludido parágrafo 3º tornou-se mera norma programática. Isso porque a Constituição diz que deve haver "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", mas não lhe dá consecução material, restringindo o alcance objetivo da própria política pública de saúde e do financiamento do SUS.

O arranjo constitucional do financiamento da política pública de saúde é impreciso na fixação de competências e na distribuição federativa das responsabilidades, razão pela qual sofre, também por força da dimensão cinco, uma

instabilidade fiscal inaudita na política pública de educação. Enquanto nesse setor há uma justa⁽²⁵⁾ desconfiança com a regulamentação posterior pela União, na área da saúde ainda há uma certa ingenuidade normativa em se deixar remeter dispositivos sensíveis para legislação infraconstitucional posterior.

O arranjo constitucional da saúde é, no somatório de todos os fatores citados, mais frágil que o da educação, por ser mais programático e menos operativo, ou seja, não é plenamente autoexecutório do ponto de vista jurídico. Como a União é a entidade competente para legislar as normas regulamentadoras e se beneficia da omissão ao dever de editá-las, daí resultou o impasse em que se envolveu a Emenda Constitucional nº 29. Trata-se, em última instância, de um impasse não só constrangedor da eficácia do direito fundamental à saúde, mas também de um sério impasse federativo. A sua regulamentação nos termos da experiência institucional de financiamento restritivo da política de saúde, especialmente por parte da União, transforma essa participação em uma conjuntura econômica adversa em norma legal, o que não só não resolve o impasse federativo como tende a agravá-lo.

Chega-se, enfim, à última dimensão desta seção analítica e conclusiva. A dimensão sete da comparação entre os arranjos constitucionais cuida de elucidar a existência de sanções decorrentes do inadimplemento parcial ou total do dever de aplicação dos patamares de gasto mínimo nas políticas públicas de educação e saúde.

A força normativa do sistema constitucional de financiamento das ações estatais de manutenção e desenvolvimento do ensino passa não apenas pelas possibilidades de intervenção federal sobre os Estados e intervenção estadual sobre os municípios, previstas, respectivamente, no Art. 34, VII, alínea “e”, e no Art. 35, III, até porque essa espécie de sanção institucional não acoberta a União. Em duas importantes passagens, a defesa do arranjo constitucional da política pública de educação prevê a ocorrência de crime de responsabilidade para o gestor que der causa ao seu descumprimento. É importante esclarecer, nesse sentido, que o crime de responsabilidade, a despeito do nome, não se trata de infração penal, mas de ilícito político-administrativo, punível⁽²⁶⁾ com a perda do mandato eletivo (ou função pública administrativa), além da inelegibilidade do gestor.

No Art. 208, parágrafo 2º, diz a forte norma constitucional que “o não oferecimento do ensino obrigatório pelo Poder Público, ou **sua oferta irregular**, importa responsabilidade da autoridade competente” (grifo nosso). Do mesmo modo, o Art. 60, XI, do ADCT, com a redação que lhe foi dada pela Emenda Constitucional nº 53, prescreve que “o não cumprimento do disposto nos incisos

(25) Vale lembrar, uma vez mais, a fixação subestimada pela União do valor mínimo de referência de qualidade nacional por aluno. A subestimativa de tal piso nacional era usada como mecanismo de reduzir, até a Emenda Constitucional nº 53, os valores de complementação aos, então, FUNDEF's que a própria União deveria verter em favor dos Estados, DF e Municípios.

(26) Na forma do Art. 85 da CF/88 e da Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950.

V e VII do caput deste artigo [relativos ao dever da União de complementação ao Fundeb] importará crime de responsabilidade da autoridade competente”.

Ora, tais prescrições punitivas atribuem uma indiscutível força normativa à política pública de educação, porque sua estrutura fundamental tem estatura constitucional, não cabendo ao governante de plantão esquivar-se, sob pena de responsabilidade que pode lhe custar o próprio mandato e a suspensão dos seus direitos políticos.

Já, noutro sentido, a política pública de saúde ainda não se preocupou em declarar taxativamente que o descumprimento do dever estatal de executá-la segundo os moldes constitucionais enseja crime de responsabilidade do gestor. Como em Direito, as sanções devem ser interpretadas restritivamente, não cabendo extensão analógica do seu alcance e sentido, pode-se afirmar que não existe no ordenamento constitucional brasileiro equivalente normativo para a saúde dos comandos previstos no Art. 208, parágrafo 2º, da Constituição e no Art. 60, XI, do ADCT. Aplicar-se-ia apenas o comando genérico e, por isso, bastante suscetível de questionamento judicial do Art. 85, III, da CF/88, segundo o qual é crime de responsabilidade atentar contra a Constituição Federal e contra o exercício dos direitos políticos, individuais e sociais. Essa é mais uma das razões da fragilidade relativa da saúde em face da educação, quando comparados os seus respectivos arranjos constitucionais.

Com tal elenco de avaliações comparativas, encerra-se o estudo estritamente jurídico-constitucional das políticas públicas de educação e saúde, para, no próximo capítulo, ser apontada e analisada a conformidade constitucional da tendência de maior progressividade da educação e a guerra fiscal federativa de despesa na saúde.

II. À GUIA DE CONSIDERAÇÕES FINAIS: A RELATIVA ESTAGNAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE EM FACE DA PROGRESSIVIDADE NA ÁREA DA EDUCAÇÃO

Enquanto houve progressividade consistente no arranjo constitucional do financiamento federativo da política pública de educação, que não só apresentou possíveis respostas⁽²⁷⁾ para alguns impasses históricos (a exemplo da regressividade da participação federal na manutenção e desenvolvimento do Fundeb) como também propôs a necessidade de uma nova e importante meta fiscal para o planejamento de longo prazo para o setor, nos termos do inciso VI do Art. 214 da Constituição de 1988.

(27) Não significa que sejam respostas adequadas, até porque as soluções jurídicas – por mais que tenham pretensões de estabilizar seus efeitos no médio e longo prazos – também são socialmente historicizadas e politicamente pactuadas em um dado contexto.

De outro lado, o arranjo da saúde manteve-se preso ao impasse federativo do seu financiamento. É possível que o arranjo de verdadeira guerra fiscal, com a consequente reconcentração tributária federal e a progressiva redução do papel da União no financiamento do SUS, guarde alguma relação com a descentralização das ações e serviços públicos em saúde (ASPS) da União para os Estados e, em especial, para os municípios, razão pela qual a participação dos gastos de Estados e municípios no volume total de despesas com o SUS subiu de 40,2% em 2000 para 54,1%, em valores aproximados⁽²⁸⁾. A perda de importância relativa dos gastos federais seria, portanto, da ordem de 14% do volume total de gastos com o SUS.

Mas a instabilidade no financiamento da saúde tão evidenciada, por exemplo, durante o processo de aprovação da Emenda Constitucional nº 56/07 (que não prorrogou a validade da extinta CPMF), quando observada no âmbito federal, 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 situação de vulnerabilidade⁽²⁹⁾ desses em face daquela.

Para fazer face à vulnerabilidade dos gastos sociais denunciada por *Castro et al.*⁽³⁰⁾, 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 míope e temporalmente limitada.

(28) PIOLA, Sérgio Francisco. Financiamento da seguridade social e do SUS: desafios e perspectivas. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE, 9., 2009, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.pppe.ufrgs.br/abres/site/arquivos/ABRES/20%20anos%202009/Doc%20ABRES%202009%20-%20Painel%2003%20-%20Piola.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2012. p. 13.

(29) 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 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, conseqüentemente, o gasto social diante de conjunturas adversas. Os dados revelam a vulnerabilidade dos gastos sociais durante os anos de crise”. CASTRO, Jorge Abrahão de; RIBEIRO, José Aparecido; CHAVES, José Valente; DUARTE, Bruno de Carvalho; SIMÕES, Helenne Barbosa. *Gasto social e política macroeconômica: trajetórias e tensões no período 1995-2005*. Brasília: IPEA, 2008. (Texto para discussão, 1324). p. 32-33.

(30) Id. *Ibid.*

A instabilidade fiscal deliberadamente⁽³¹⁾ provocada pela União no sistema de financiamento do SUS no período pós-EC nº 29 rompe a percepção da saúde como direito coletivo e solidário, acirrando competições intersetoriais 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.

A comparação entre os arranjos protetivos dos dois direitos sociais fundamentais que têm regras próprias de vinculação orçamentária permitiu a este estudo apontar claramente algumas das maiores inconsistências no marco normativo da saúde, à luz das conquistas sedimentadas na educação. Com a superação de tais inconsistências, ganharia o sistema constitucional, que dá prevalência à dignidade da pessoa humana quando estiver em conflito com eventuais discussões sobre o limite da reserva do possível.

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

A despeito do caráter solidário desenhado inicialmente na Constituição de 1988 para o sistema da seguridade social, os gestores das políticas de saúde, assistência social e previdência social enfrentaram o contexto recessivo com uma disputa de recurso no interior da Seguridade Social. Paralelamente a isso, a União descentralizava despesas e reconcentrava receitas, em detrimento do pacto federativo e do próprio dever de expandir seu gasto público com o SUS.

Para resolver seu lado do conflito, a previdência social conseguiu segregar suas fontes próprias de receita no Art. 195 da Constituição, com o advento da Emenda nº 20/98. Já a saúde buscou uma nova sistemática de financiamento que lhe conferisse estabilidade mínima e recursos suficientes para a implantação e expansão do SUS. Assim é que foi instituída, em 1996, a CPMF, a qual – após sucessivas emendas constitucionais – foi prorrogada até 2007, quando, enfim, teve sua última proposta de prorrogação rejeitada pelo Senado.

Tal contribuição teria sido uma solução adequada para o problema do subfinanciamento do SUS, não fosse a vigência da desvinculação de receitas da União (DRU), que lhe retirava, na fonte, 20% do produto da sua arrecadação, assim como a própria competição de outros setores. Ou seja, a CPMF que foi

(31) Pertinente, a esse respeito, mostra-se a crítica de *Faria*: "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 **contínua ruptura da legalidade formal do Estado, por causa da 'aplicação seletiva' da lei, não seja acompanhada automaticamente pela quebra da legitimidade desse mesmo Estado**". (grifo nosso). FÁRIA, José Eduardo. A eficácia do direito na consolidação democrática. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, São Paulo, n. 30, p. 35-72, 1993.

criada para a saúde tornou-se cobertor curto a ser dividido com a previdência social, com o combate e erradicação da pobreza e com a DRU. Na verdade, a política pública de saúde tornou-se refém da perda da CPMF muito antes da rejeição à sua prorrogação em 2007.

A solução encontrada tomou como modelo a política pública de educação, que goza de patamar mínimo de gasto público, na forma do Art. 212, CF/88. Daí é que decorreu a promulgação da Emenda Constitucional nº 29, com a promessa de estabilizar o custeio da saúde pública no país. Com a Emenda 29, tal como ficou mais conhecida, os três níveis da federação foram obrigados a cumprir patamares mínimos de gasto, segundo o artigo 77 do ADCT. Esse dispositivo determina que os municípios apliquem 15% e que os Estados apliquem 12% das suas receitas de impostos e transferências constitucionais, enquanto a União deveria manter o seu patamar de gasto do ano anterior, corrigindo-o apenas pela variação nominal do PIB, o que foi agora sancionado pela Lei Complementar nº 141/12.

Os 22 anos de vigência da Carta de 1988 e, concomitantemente, do SUS fundamentam a suspeita de que o seu subfinanciamento não será definitivamente resolvido por uma nova contribuição, ou com a regulamentação da participação da União no patamar de gasto estagnado na faixa de 1,7% do PIB.

A substituição da omissão na falta de regulamentação da Emenda 29 por uma regulamentação que torna legal o subfinanciamento por parte da União torna nebuloso o horizonte e esconde a mais flagrante verdade não revelada pela União. Faltam recursos ao SUS, a despeito de a arrecadação federal bater recordes sucessivos e vertiginosos de crescimento, porque a União não tem nenhum dever de correlação de gasto mínimo na saúde em face do comprometimento da sua receita. A não vinculação do gasto da União com sua receita explica a regressividade do gasto federal em saúde.

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.* [S.n.t.].

_____. *LRF: por que parou?* Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.joserobertoafonso.ecn.br>>. Acesso em: 15 de maio de 2005.

ÁVILA, Humberto Bergmann. *Sistema constitucional tributário*. São Paulo: Saraiva, 2004.

BRASIL. Congresso Nacional. Consultoria de Orçamentos, Fiscalização e Controle – SF; Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira – CD.

Nota técnica conjunta n.º 13, de 2004: considerações acerca dos vetos ao projeto de lei de diretrizes orçamentárias para 2005 (Lei n.º 10.934, de 11 de agosto de 2004). Brasília, 2004. Mimeografado.

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, 2003. v. 1, n. 1.

BUCCI, Maria Paula Dallari. *Direito administrativo e políticas públicas.* São Paulo: Saraiva, 2002.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina Marino. O cumprimento da Emenda Constitucional n. 29 no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1613-23, jul. 2007.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. A globalização cria governos privados. *Jornal do Advogado*, Belo Horizonte, v. 24, n. 209, p. 12-13, jun. 2001.

_____. *Constituição dirigente e vinculação do legislador: contributo para a compreensão das normas constitucionais programáticas.* Coimbra: Coimbra, 1994.

_____. *Direito constitucional e teoria da constituição.* 2. ed. Coimbra: Almedina, 1998.

CASTRO, Jorge Abrahão de; RIBEIRO, José Aparecido; CHAVES, José Valente; DUARTE, Bruno de Carvalho; SIMÕES, Helenne Barbosa. *Gasto social e política macroeconômica: trajetórias e tensões no período 1995-2005.* Brasília: IPEA, 2008. (Texto para discussão, 1324).

CLÈVE, Clèmerson Merlin. A eficácia dos direitos fundamentais sociais. *Revista Crítica Jurídica*, Curitiba, n. 22, p. 17-29, jul.-dez. 2003.

CORBUCCI, Paulo Roberto; BARRETO, Ângela; CASTRO, Jorge Abrahão de; CHAVES, José Valente; CODES, Ana Luiza. Vinte anos da Constituição Federal de 1988: avanços e desafios na educação brasileira. In: BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise*, Brasília, v. 2, n. 17, p. 17-81, 2009. (Série Vinte anos da Constituição Federal) .

DERZI, Misabel Abreu Machado. Prefácio. In: SPAGNOL, Werther Botelho. *As contribuições sociais no direito brasileiro.* Rio de Janeiro: Forense, 2002. p. IX-XIII.

FARIA, José Eduardo. A eficácia do direito na consolidação democrática. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, São Paulo, n. 30, p. 35-72, 1993.

FLEURY, Sonia. Políticas sociais e democratização do poder local. In: VERGARA, Sylvia Constant; CORRÊA, Vera Lucia de Almeida (Orgs.).

Propostas para uma gestão pública municipal efetiva. Rio de Janeiro: FGV, 2003. p. 91-115.

GIACOMONI, James. *Orçamento público*. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRECO, Marco Aurélio. *Contribuições (uma figura sui generis)*. São Paulo: Dialética, 2000.

GREGGIANIN, Eugenio. *Gestão fiscal e orçamentária e o papel do Congresso Nacional*: alterações nas variáveis fiscais: subsídios para a reforma orçamentária. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.inesc.org.br/conteudo/agenda/MNP85g0iMFIERqmd919kwtAP01cDVK3x/gesto%20oramentaria%20-%20altera%20es%20no%20CN%20-%20versao%2016-05.doc>>. Acesso em: 12 set. 2005.

HÄBERLE, Peter. *Hermenêutica constitucional: a sociedade aberta dos intérpretes da Constituição: contribuição para a interpretação pluralista e procedimental da constituição*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1997.

HADDAD, Fernando. Educação e constituição. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 22 nov. 2009. Opinião, p. A3.

JORGE, Elias Antônio; MESQUITA, Ana Cleusa Serra; PRADO, Corah. A seguridade social e o financiamento do SUS no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE, 9., 2009, Porto Alegre. *Trabalhos apresentados*. [S.n.t.].

MACHADO, Hugo de Brito. Apresentação. In: MACHADO, Hugo de Brito (Coord.). *As contribuições no sistema tributário brasileiro*. São Paulo: Dialética, 2003. p. 7-25.

MACHADO JUNIOR, José Teixeira; REIS, Heraldo da Costa. *A Lei 4.320 comentada: com a introdução de comentários à lei de responsabilidade fiscal*. 30. ed. Rio de Janeiro: IBAM, 2000.

MACHADO SEGUNDO, Hugo de Brito. *Contribuições e federalismo*. São Paulo: Dialética, 2005.

MACHADO SEGUNDO, Hugo de Brito; MACHADO, Raquel Cavalcanti Ramos. (2003), *As contribuições no sistema tributário brasileiro*. In: MACHADO, Hugo de Brito (Coord.). *As contribuições no sistema tributário brasileiro*. São Paulo: Dialética: ICET, p. 269-307.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Curso de direito constitucional. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

PINTO, Élida Graziane. *Financiamento de direitos fundamentais e federalismo: um estudo comparativo sobre a progressividade constitucionalmente conquistada na educação e a guerra fiscal de despesa na saúde do pós-EC 29/2000*. 2010. 183 f. Tese (Pós-Doutorado em Administração) – Escola

Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2010.

PIOLA, Sérgio Francisco. Financiamento da seguridade social e do SUS: desafios e perspectivas. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE, 9., 2009, Rio de Janeiro. Disponível em: < <http://www.pppe.ufrgs.br/abres/site/arquivos/ABRES/20%20anos%202009/Doc%20ABRES%202009%20-%20Painel%2003%20-%20Piola.pdf> >. Acesso em: 2 jul. 2012.

PIOLA, Sérgio Francisco; BARROS, Elisabeth Diniz; NOGUEIRA, Roberto Passos; SERVO, Luciana Mendes; SÁ, Edvaldo Batista de; PAIVA, Andrea Barreto. Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira? *Políticas sociais: acompanhamento e análise*, Brasília, v. 17, n. 3, p. 95-171, 2009.

POCHMANN, Marcio. *Déficit público nominal zero e custos sociais*. Campinas, 2005a. Mimeografado.

_____. *Evidências recentes na relação entre gasto social e desigualdade de renda no Brasil*. Campinas, 2005b. Mimeografado.

_____. Gastos sociais, distribuição de renda e cidadania: uma equação política. *Econômica: Revista da Pós-Graduação em Economia da Universidade Federal Fluminense*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 109-113, 2003.

PROCÓPIO, Daniela Maria. *Reflexões sobre a aplicação do princípio da solidariedade à figura das contribuições sociais no contexto evolutivo do modelo de estado democrático de direito*. 2004. 182 f. Dissertação (Mestrado em Direito Tributário) – Faculdade de Direito, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

SAMPAIO, Junia Roberta Gouveia. *O abuso do poder de legislar na desvinculação das contribuições para seguridade social*. 2004. 247 f. Dissertação (Mestrado em Direito Tributário) – Faculdade de Direito, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

_____. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na constituição de 1988. *Revista Diálogo Jurídico*, Salvador, CAJ - Centro de Atualização Jurídica, n. 10, 2002. Disponível em: <<http://www.direitopublico.com.br>>. Acesso em: 26 dez. 2005.

_____. O estado social de direito, a proibição de retrocesso e a garantia fundamental da propriedade. *Revista Diálogo Jurídico*, Salvador, v. 1, n. 4, 2001. Disponível em: <<http://www.direitopublico.com.br>>. Acesso em: 26 dez. 2005.

SPAGNOL, Werther Botelho. *As contribuições sociais no direito brasileiro*. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

_____. *Curso de direito tributário*. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

STARK, David; BRUSZT, Laszlo. 'Enabling constraints': fontes institucionais de coerência nas políticas públicas no pós-socialismo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 13, n. 36, fev. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091998000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 dez 2005.

VIANNA, Luiz Werneck. *A judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 1999. p. 15-45, 149-156.

VIEIRA, Oscar de Vilhena. A constituição como reserva de Justiça. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, São Paulo, n. 42, p. 53-98, 1997.