

BEATRIZ PINHEIRO CORREA COSTA

Controle de resultados dos gastos tributários indiretos: uma contribuição para melhor entendimento quanto à eficácia das renúncias de receitas tributárias no âmbito da saúde pública no Brasil em um contexto de subfinanciamento do SUS

Dissertação de Mestrado

Orientador: Professor Doutor Estevao Horvath

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE DIREITO

São Paulo

2022

BEATRIZ PINHEIRO CORREA COSTA

Controle de resultados dos gastos tributários indiretos: uma contribuição para melhor entendimento quanto à eficácia das renúncias de receitas tributárias no âmbito da saúde pública no Brasil em um contexto de subfinanciamento do SUS

Dissertação apresentada ao Departamento de Direito Tributário, Econômico, Financeiro da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Direito, na área de concentração Direito Financeiro, sob a orientação do Prof. Dr. Estevao Horvath.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE DIREITO

São Paulo

2022

Catálogo da Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo

Costa, Beatriz Pinheiro Correa

Controle de resultados dos gastos tributários indiretos : uma contribuição para melhor entendimento quanto à eficácia das renúncias de receitas tributárias no âmbito da saúde pública no Brasil em um contexto de subfinanciamento do SUS ; Beatriz Pinheiro Correa Costa ; orientador Estevao Horvath - São Paulo, 2022.

183 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Direito Direito Econômico, Financeiro e Tributário) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, 2022.

1. Direito à Saúde Pública. 2. "Subfinanciamento" do SUS. 3. Gastos Tributários Indiretos. 4. Controle das Renúncias Tributárias. 5. TCU. I. Horvath , Estevao, orient. II. Título.

Nome: COSTA, Beatriz Pinheiro Correa

Título: Controle de resultados dos gastos tributários indiretos: uma contribuição para melhor entendimento quanto à eficácia das renúncias de receitas tributárias no âmbito da saúde pública no Brasil em um contexto de subfinanciamento do SUS

Dissertação apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Direito.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Prof. Estevao Horvath, por toda a gentileza concedida em orientar-me do melhor modo possível durante meus estudos na Escola de Direito da Universidade de São Paulo, pelo exemplo como profissional do direito que é e que há anos vem sendo digno de admiração e inspiração pela comunidade acadêmica, não somente pela extensa contribuição que tem atribuído ao Direito Brasileiro, mas também como exemplo de integridade refletida na carreira construída.

Agradeço ao professor José Maurício Conti, quem tem sido um grande exemplo quanto à militância incansável no tocante à propagação da importância e seriedade dos estudos acadêmicos do Direito Financeiro, também modelo de jurista para profissionais do âmbito jurídico e de educador para a Academia de Direito.

Também direciono meus sinceros agradecimentos aos meus colegas da Universidade de São Paulo, pessoas inspiradoras em excelência, os quais, pela carreira brilhante, me impulsionam a esforçar-me por alcançar voos mais altos.

A todos os meus professores que comigo compartilharam seu conhecimento, considero-me honrada por ter convivido com profissionais de tamanho calibre e sem dúvida tenho sido influenciada positivamente por todos vocês.

Aos meus pais, aos meus familiares que me apoiaram e me auxiliaram dando-me forças a cumprir com minhas pretensões acadêmicas.

Agradeço a Deus pela força concedida e por ter-me possibilitado realizar meus anseios acadêmicos na Universidade de Direito do Largo de São Francisco.

Ao Largo de São Francisco, pela inspiração pela história acadêmica e pelo legado construído por décadas. Sinto-me muito honrada por ter participado do quadro discente desta Faculdade.

A todos, até breve!

RESUMO

COSTA, Beatriz Pinheiro Correa. **Controle de resultados dos gastos tributários indiretos: uma contribuição para melhor entendimento quanto à eficácia das renúncias de receitas tributárias no âmbito da saúde pública no Brasil em um contexto de subfinanciamento do SUS.** 183f. 2022. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

Em um contexto de déficit de financiamento do SUS e mediante o efeito indutor que os gastos tributários indiretos, como benefícios fiscais ou despesas indiretas que são, impactam no cenário social e econômico brasileiro, uma vez que tais renúncias de receitas deixam de ser arrecadadas via tributária, faz-se necessário tentar mensurar a utilidade de tais renúncias. Tendo como fulcro esse objetivo, esta dissertação de mestrado visa tecer uma contribuição em prol do melhor entendimento a respeito da eficácia dos gastos tributários indiretos federais no Brasil no âmbito da saúde pública; para tanto se utilizou das decisões do Tribunal de Contas da União, por meio do qual foram analisados os resultados das políticas fiscais financiadas por meio das renúncias de receitas tributárias tomando como cerne a fiscalização de tais programas políticos concernentes às suas estruturas de governança e arcabouço normativo jurídico correlato ao tema, no Brasil. Verificou-se que, além da preocupação iminente das secretarias que compõem o Tribunal no tocante ao monitoramento quanto ao cumprimento dos dispositivos legais e constitucionais, também foi analisada a eficácia das estruturas de gestão dos órgãos envolvidos. Foram apontadas recomendações pelo Tribunal de Contas a fim de sanar as fragilidades apontadas, para, somente então, tecer conclusões a respeito do tema. Para tanto, primeiramente discorreu-se a respeito da saúde como direito fundamental social, portanto tutelado pela Constituição Federal como cláusula pétrea no Direito Brasileiro, deixando clara a imprescindibilidade da execução das ações e serviços públicos de saúde solidariamente por todos os entes federados, por meio de políticas públicas financiadas de modo cooperativo pela União, Estados, DF e Municípios, nos moldes do artigo 198 da CF/88, deixando claro que a proteção de tais direitos requer uma preocupação precípua do Estado em esforçar-se na ampliação das bases de financiamento, o que não tem sido verificado no transcurso da evolução normativa como será visto adiante neste setor.

Palavras-chave: Direito à Saúde Pública. “Subfinanciamento” do SUS. Gastos Tributários Indiretos. Controle das Renúncias Tributárias. TCU.

ABSTRACT

COSTA, Beatriz Pinheiro Correa. **Control of results of indirect tax expenditures: a contribution to a better understanding of the effectiveness of tax revenue waivers in the field of public health in Brazil in a context of underfunding of the SUS.** 183p. 2022. Dissertation (Master of Laws) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

In a context of the Brazilian Public Health System (SUS) financing deficit and through the inducing effect that indirect tax expenditures, such as tax benefits or indirect expenses, impact the Brazilian social and economic scenario, since such revenue waivers are no longer collected through taxation, it is necessary to try to measure the usefulness of such waivers. With this objective in mind, this master's thesis aims to contribute towards a better understanding of the effectiveness of federal indirect tax expenditures in Brazil in the field of public health. For this purpose, we used the decisions of the Federal Audit Court, through which the results of fiscal policies financed through tax revenue waivers were analyzed, focusing on the supervision of such political programs concerning their governance structures and legal normative framework related to the subject, in Brazil. We verified that, in addition to the imminent concern of the secretariats that make up the Court with regard to monitoring compliance with legal and constitutional provisions, the effectiveness of the management structures of the bodies involved was also analyzed. Recommendations were made by the Court of Auditors in order to remedy the weaknesses pointed out, to draw, only then, conclusions on the subject. In order to do so, firstly, health was discussed as a fundamental social right, therefore protected by the Federal Constitution as a fundamental clause in Brazilian Law, making clear the indispensability of executing public health actions and services jointly by all federated entities, through public policies financed in a cooperative way by the Union, States, Federal District and Municipalities, according to article 198 of Federal Constitution 1988, making it clear that the protection of such rights requires a primary concern of the State to strive to expand the funding bases, which has not been verified in the course of normative evolution, as will be seen later in this sector.

Keywords: Right to Public Health. “Underfunding” of the SUS. Indirect Tax Expenses. Control of Tax Waivers. Brazilian General Accounting Office.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução histórica da execução das despesas na área de educação de saúde.	62
Gráfico 2 – Saldo dos Repasses FNS-Brasil (R\$ bilhões) (SUS/2019-2020)	69
Gráfico 3 – Simulação do impacto da PEC 241 sobre o Gasto Federal do SUS caso vigorasse desde 2003 (em % do PIB), 2003 – 2015.	89
Gráfico 4 – Comparativo dos subsídios (gastos tributários e benefícios financeiros e creditícios da União	139
Gráfico 5 – Evolução dos Gastos Tributários (em milhões)	139
Gráfico 6 – Proporção do gasto tributário em saúde em relação ao gasto do Ministério da Saúde (MS) e do gasto tributário total (2003-2018) (em %)	141

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Cômputo da base de cálculo da receita própria dos Estados:	82
Quadro 2 – Total de Receitas de Impostos Municipais	82
Quadro 3 – Aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde.....	104

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Gasto em saúde segundo regimes de financiamento SHA 2011- Brasil (2015- 2019) (Em milhões correntes).	60
Tabela 2 – População, gastos <i>per capita</i> em saúde – Brasil (2015-2019).....	60
Tabela 3 – Composição do gasto tributário em saúde – 2003-2006 (em %).....	140
Tabela 4 – Distribuição do gasto tributário em saúde (2003-2018) (em R\$ milhões)	141

LISTA DE ABREVIATURAS

ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CADIN	Cadastro Informativo de créditos não quitados do setor público federal
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAUC	Serviço Auxiliar de Informações para Transferências Voluntárias
CESR	Centro para os Direitos Econômicos e Sociais
CF	Constituição Federal
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMPF	Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira
CNS	Conferência Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
DF	Distrito Federal
DGT	Demonstrativo de Gastos Tributários
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EC	Emenda Constitucional
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios

GEI-ESPII	Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional
GM	Gabinete do Ministro
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Inesc	Instituto de Estudos Socioeconômicos
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional da Seguridade Social
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU	Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IRRF	Imposto de Renda Retido na Fonte
ISS	Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza
ITBI	Imposto sobre Transmissão de Bens Inter Vivos
ITCMD	Imposto sobre a Transmissão causa Mortis e Doação
LC	Lei complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LO	Lei Ordinária
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOBS	Normas Operacionais Básicas do SUS
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OGU	Orçamento Geral da União

ONG	Organização Não Governamental
OSU	Orçamento de Subsídio da União
PAC	Programa de Aceleração de Crescimento
PBM	Plano Brasil Maior
PDP	Política de Desenvolvimento Produtivo
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PIB	Produto Interno Bruto
PITCE	Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior
PPA	Plano Plurianual
PPC	Paridade de Poder de Compra
RCL	Receita Corrente Líquida
Heidi	Regime Especial de Incentivos para o Desenvolvimento da Infraestrutura
RFB	Receita Federal do Brasil
RGPS	Regime Geral de Previdência Social
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SARS-CoV-2	Assevere Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
Semag	Secretaria de Macroavaliação Governamental
SHA	<i>System of Health Accounts</i>
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal
SOF	Secretaria de Orçamento Federal
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1 CONCEITO DE SAÚDE E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	19
1.1 Introdução	19
1.2 Conceito de <i>saúde</i> : características e abrangência	19
1.2.1 Evolução conceitual de saúde e suas pressuposições na caracterização do direito à saúde	20
1.2.2 Saúde como Direito Humano Fundamental	25
1.2.3 Direito Fundamental Social à saúde na Constituição Federal de 1988	27
1.2.4 Eficácia, efetividade e aplicabilidade do Direito Sanitário – breves considerações	30
1.3 Breve abordagem sobre Políticas Públicas	33
1.4 Sistema Único de Saúde	35
1.4.1 Aspectos históricos da saúde pública no Brasil até a criação do SUS	35
1.4.2 Legislação estruturante do SUS e princípios	39
1.4.2.1 Objetivos, princípios e diretrizes do SUS	44
1.4.2.1.1 Objetivos do SUS	44
1.4.2.1.2 Princípios e diretrizes do SUS	47
1.5 Saúde suplementar, planos e seguros de saúde	51
1.6 Normas constitucionais sanitárias estruturantes	52
1.7 Conclusão	53
2 O PROCESSO DE (SUB)FINANCIAMENTO DO SUS	55
2.1 Introdução	55
2.2 Aspectos do Federalismo Cooperativo na repartição de receitas e competência dos entes federados	55
2.2.1 Aspectos do Federalismo Cooperativo no âmbito da saúde	55
2.2.2 Competência material dos entes federados em Saúde Pública	57
2.3 Panorama do financiamento público da saúde	60
2.3.1 Gasto público federal em saúde no Brasil e o comparativo internacional	60
2.3.2 Cenário do SUS em tempos de Covid-19 – breves comentários	63
2.3.3 Orçamento público na Constituição	69
2.4 Vinculações de recursos para área de saúde	75

2.4.1	Emenda Constitucional n. 29/2000	77
2.4.2	Lei Complementar n. 141/2012	79
2.4.3	Emenda Constitucional n. 86/2015	80
2.4.4	Emenda Constitucional n. 95/2016	83
2.5	Síntese do enfraquecimento do orçamento da Seguridade Social, crise do Federalismo Fiscal e breve cenário do financiamento do SUS	84
2.6	Fundos de saúde	94
2.6.1	Conceito e natureza jurídica dos <i>Fundos de Saúde Pública</i>	94
2.6.2	Do repasse e aplicação dos recursos mínimos	98
2.6.3	Das restrições à entrega dos recursos	104
2.6.4	Do processo de planejamento e orçamento	111
2.6.5	Da transparência, visibilidade, fiscalização e controle	112
2.7	Conclusão	116
3	GASTOS TRIBUTÁRIOS	119
3.1	Introdução	119
3.2	Contextualizando o Problema	119
3.3	Conceito de <i>Gastos Tributários</i>	120
3.3.1	Conceituação de <i>Despesa Pública, Subvenções e Benefícios Fiscais</i>	120
3.3.1.1	Comparativo Conceitual e de Controle das Subvenções e Benefícios Fiscais	122
3.3.2	Da Definição de <i>Gasto Tributário</i>	124
3.3.3	Da Diferença entre Gastos Diretos e Indiretos da União	127
3.4	Gastos Tributários no Ordenamento Jurídico Brasileiro	128
3.4.1	Gasto Tributário na Constituição Federal	130
3.4.1.1	Análise do artigo 70 da Constituição Federal	130
3.4.1.2	Da análise do artigo 165, parágrafo 6º, da CF/88	132
3.4.2	Gasto Tributário na Lei de Responsabilidade Fiscal n. 101/2000	134
3.5	Estimativa da Renúncia da Arrecadação Fiscal em Saúde	138
3.6	Controle Externo exercido pelo Tribunal de Contas da União e o Gasto Tributário Indireto	142
3.6.1	Controle das Renúncias Tributárias	142
3.6.1.1	Cumprimento do <i>caput</i> e incisos I e II do artigo 14 da LRF	142
3.6.1.2	Prazo de Vigência das Renúncias de Receitas	148

3.6.1.3	Sistematização e definição de competências dos órgãos envolvidos no processo de fiscalização e concessão das políticas fiscais de renúncias de receitas	149
3.7	Conclusão	156
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	159
	REFERÊNCIAS	169

INTRODUÇÃO

Busca-se, pelo presente, levantar o debate sobre a eficácia dos gastos tributários indiretos no âmbito federal em saúde pública, tomando como fulcro o contexto de “desfinanciamento” da saúde pública no Brasil, afirmando a importância e necessidade do Poder Executivo e demais órgãos de controle em aperfeiçoar a fiscalização, o monitoramento das renúncias fiscais em saúde em prol da concretização dos objetivos pelos quais essas políticas fiscais foram instituídas, e incentivar o debate para que o efeito indutor preconizado pelo Estado seja de fato materializado em nossa sociedade. Dito isto, utilizou-se como base fulcral e nuclear a jurisprudência do Tribunal de Contas da União, por meio da explanação de diversas recomendações de cunho abrangente, não específicas ao campo da saúde pública, mas aos gastos tributários indiretos federais em sua totalidade, sugeridas pela Secretaria de Macroavaliação Governamental (SEMAG), apreciadas pelos ministros do Tribunal como implementadas ou não. Essas medidas foram traçadas com vistas a maior clareza, transparência, de como esses recursos públicos renunciados pelo Estado são, de fato, aplicados e, com base numa melhor sistematização de dados realizadas pelos órgãos gestores envolvidos, tecer considerações sobre a eficácia das políticas fiscais, se de fato os resultados almejados estão sendo materializados, para, então, concluir sobre se os gastos indiretos em saúde devem ser ampliados, mantidos ou extintos, considerando-se o cenário de subfinanciamento da saúde. Além da temática do financiamento, tal estudo justifica-se também pelos conflitos distributivos e regressivos de cunho social e econômico associados às renúncias fiscais em saúde, que não será analisado, face à inadequação desse tema ao objetivo proposto a ser estudado neste trabalho. Não cabe a este trabalho tecer considerações sobre as relações contraditórias entre o sistema público e privado de saúde e nem dissertar sobre o papel atenuante do Estado sobre esses efeitos, impacto dos subsídios aplicados.

Para tanto, iniciou-se o estudo, tratando sobre o reconhecimento da saúde como direito social fundamental, não somente em âmbito internacional, mas posteriormente internalizada no direito brasileiro, com o intuito de ressaltar a importância no que diz respeito à proteção desse direito. Tal instituto é tutelado pela Constituição Federal, como cláusula pétrea, e por diversos outros instrumentos normativos, bem como tratados internacionais, inaugurando, a partir de 1988, a imperatividade do Estado em concretizar, por meio da instituição de políticas públicas, a assistência em saúde pública no Brasil, o que veio a representar um marco e grande avanço no movimento sanitarista brasileiro, com a criação do Sistema Único de Saúde Pública (SUS).

Apesar dos inúmeros problemas enfrentados pelo Sistema supracitado, especialmente na ordem de gestão intergovernamental, este estudo trata dos problemas correlatos à ordem de financiamento, o que se dá no capítulo 2, em que será ressaltada a importância do Direito Financeiro e do estudo pormenorizado do Orçamento Público quando se trata de aplicação de políticas públicas em saúde. Para tanto, serão abordados conceitos basilares a respeito de federalismo fiscal e sobre a repartição de competências entre os entes federados, como todos os entes políticos públicos têm responsabilidade material e cooperam no tocante à gestão e efetivação das políticas de saúde. Também será abordado o arcabouço jurídico normativo, que trata dos percentuais mínimos aplicados em saúde, entre eles com especial relevo: a EC n. 29/200, a LC n. 141/2012, a EC n. 86/2015 e a EC n. 95/2016, que deram ensejo ao enfraquecimento do orçamento da seguridade social, bem como do orçamento sanitário brasileiro, com especial foco na explanação do debate acerca da inconstitucionalidade do art. 110 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT). Atendendo aos dispositivos legais e constitucionais a respeito da coparticipação de todos os entes federados, inclusive da sociedade na gestão do SUS, o presente trabalho também versa sobre as transferências intergovernamentais dos recursos financeiros da saúde, os quais ocorrem por meio da existência de Fundos de Saúde Pública de cada um dos entes, como unidades gestoras e orçamentárias dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde.

Uma vez elucidado o processo de enfraquecimento de ordem orçamentária da saúde, discorreu-se a respeito da eficácia dos gastos tributários indiretos em saúde por meio da análise à luz da jurisprudência do TCU, das fragilidades apontadas pela auditoria executada pela Semag, para, então, concluir a respeito do tema em foco, qual seja, o controle das renúncias de receitas, averiguar se elas estão sendo estabelecidas com base nas determinações legais e constitucionais, e de governança à luz das recomendações e deliberações feitas pelo Tribunal.

1 CONCEITO DE SAÚDE E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1.1 Introdução

Neste capítulo, é tratado o conceito de saúde tendo como ponto de partida seu processo evolutivo ao longo da história, desde um completo estado de ausência de doença até a conceituação atual: como um direito fundamental social, internalizado a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988¹, a Constituição Cidadã, a qual tem como defesa nuclear o Estado Democrático de Direito.

É retratado tomando como fulcro os dispositivos constitucionais que, para efetivação do direito à saúde e sua aplicação imediata, torna necessária uma posição intervencionista do Estado, por meio da criação de políticas públicas em prol da consecução desses direitos, classificados como de segunda geração.

A consecução da saúde pública no Brasil é realizada por meio do Sistema Único de Saúde Pública (SUS), e para melhor entendê-lo serão mencionadas suas bases constitucionais e infraconstitucionais, bem como suas diretrizes, princípios e objetivos precípuos e também a longa luta do movimento sanitário no decorrer da história para que tal direito fosse recepcionado ao ordenamento jurídico brasileiro.

1.2 Conceito de *saúde*: características e abrangência

O conceito de *saúde* passou por uma evolução histórica, tendo sido considerado como simples ausência de doença, até como, segundo consta no preâmbulo da carta de princípios, de 7 de abril de 1948, da OMS, o “Estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças ou enfermidades”², ou seja, a saúde é considerada o produto da harmonia existente entre o indivíduo e o seu entorno social, cultural e religioso.³

Segundo Sueli Dallari, apesar de o indivíduo ser o maior responsável por sua saúde, o conceito que se acabou de ler afirma que ninguém pode ser exclusivamente responsável por sua própria saúde; esse estado depende de características individuais (físicas e psicológicas) e

¹ BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**. Brasília, 05 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 nov. 2021.

² “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (UN. United Nations. **Constitution of the World Health Organization**. New York, 7 Apr. 1946. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2022. Acesso em: 3 dez. 2021, p. 1).

³ SANTOS, Ricart César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016, p. 45.

do ambiente socioeconômico, tanto o ambiente mais próximo ao indivíduo quanto o mais amplo, relevantes para a saúde de uma pessoa.⁴

Dito isso, o Estado passa a ter função relevante e imprescindível, papel fundamental para a saúde de qualquer indivíduo do planeta; mesmo Estados mais liberais, ainda que não prestem serviços públicos de saúde, devem agir no sentido a garantir um ambiente propício para a consecução do bem-estar físico, social e mental, assim como consta no preâmbulo da carta da OMS.

Em outras palavras, como é explicado em detalhes nos próximos capítulos, o significado de saúde ampliou-se, deixando de representar apenas elementos de cura, para uma ideia comum ao alcance de todos. Na Antiguidade Grega, Platão alarga o significado para um estado de equilíbrio interno do homem e dele com a organização social e a natureza. Já na Idade Média, surge a noção de saúde ligada à prevenção, em função das epidemias ocorridas no período. O conceito atual de saúde, como direito, passa a ser observado quando do início do Estado Moderno em que começou a ser verificada uma atuação positiva subsidiária do Estado para proteção da saúde. No século XIX, surgem as primeiras iniciativas de conectar a saúde à economia até início do século XX, quando se encontra instaurada a proteção sanitária como política de governo.⁵

1.2.1 Evolução conceitual de saúde e suas pressuposições na caracterização do direito à saúde

Para melhor entendimento sobre o conceito de *saúde*, será necessário traçar uma reflexão sobre a evolução desse conceito mediante as transformações que ocorreram com a evolução da humanidade e o contexto social, político, econômico, religioso e cultural de cada época.

Durante a Antiguidade, portanto no início da civilização, os povos tinham como característica a vida em grupo, prática de caça e pesca, coleta de suprimentos em diferentes locais até exaurimento das condições para a sobrevivência do grupo. A civilização da antiguidade desenvolveu crenças místico-religiosas com a finalidade precípua de explicar os mistérios naturais, do nascimento, da morte, por exemplo, como a civilização grega, que,

⁴ DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, v. 9, n. 3, p. 9-34, 2008, p. 46. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128>. Acesso em: 23 nov. 2021.

⁵ *Ibid.*

antes do surgimento da filosofia, cultivava crenças na mitologia, associando a saúde às divindades.⁶

Com o crescimento e desenvolvimento de povos nômades e novos grupos, as pessoas passaram a habitar locais distintos, com conseqüente alteração nos hábitos em prol da sobrevivência. Houve o surgimento das civilizações de assírios, egípcios, caldeus, hebreus, os quais viam as ocorrências de doenças como conseqüência de causas externas ao corpo do homem.⁷ Os egípcios relacionavam as condições de saúde com as alterações do Rio Nilo, em combinação de alimentos, hábitos de higiene, também as concepções mágico-religiosas, partindo do princípio de que a doença resulta da ação de forças alheias às do organismos que nele se introduzem por meio do pecado e da maldição. Os antigos hebreus acreditavam que a doença não era necessariamente associada à ação de maus espíritos, mas sim à cólera divina.⁸

Assim, o conceito de *saúde* encontra sua gênese na íntima relação entre ciência e medicina, na influência mútua entre ambos desde sua origem. Hipócrates, o pai da medicina ocidental, identificou a saúde como fruto do equilíbrio dos humores, sendo eles quatro fluidos principais: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. Ele via a saúde como equilíbrio dos elementos da natureza, região, da organização social e dos hábitos.⁹ Tal entendimento também era compartilhado por Galeno, que foi um grande divulgador da medicina hipocrática, conservando a ideia de desequilíbrio do corpo, desenvolvendo também a teoria das latitudes de saúde, que se dividem em saúde, estado neutro e má saúde.

Na Idade Média, a noção de *saúde* estava atrelada à concepção grega de saúde; depois, incorporando a visão teológica cristã, relacionada a práticas religiosas, a saúde era associada à ausência de pecado, à pureza da alma e do espírito. Houve, também, no mesmo período, a criação de universidades, que tinham a preocupação com o corpo e buscavam descobrir a origem de fenômenos, como saúde e doença.¹⁰ O cuidado aos doentes concentrava-se em boa parte nas ordens religiosas que administravam o hospital, não como um lugar de cura, mas como de abrigo para os doentes.¹¹ Com as epidemias do período, surgiu a preocupação com a ideia de prevenção, implicando o respeito seja aos signos do

⁶ LOURENÇO, Luciana de Fátima Leite *et al.* A Historicidade filosófica do Conceito Saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde**, v. 3, n. 1, p. 18-35, 2012, p. 21. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1028952>. Acesso em: 22 abr. 2022.

⁷ *Ibid.*, *loc. cit.*

⁸ SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>. Acesso em: 6 mar. 2022.

⁹ LOURENÇO, Luciana de Fátima Leite *et al.*, *op. cit.*, p. 22.

¹⁰ *Ibid.*, p. 23.

¹¹ SCLIAR, Moacyr, *op. cit.*, p. 33.

zodíaco, seja ao desenrolar das estações, seja ao relacionamento adequado entre o clima e o corpo humano, mas, sobretudo, ao afastamento dos contatos impuros.¹² Tal concepção viria a sofrer modificações com o advento da Modernidade.

A Idade Moderna caracterizou-se, sobretudo, pelo advento do Renascimento, eclosão de manifestações artísticas, filosóficas e científicas, representando em alguma medida avanços no campo da saúde e da medicina, com estudos no campo da anatomia, fisiologia, e da individualização da descrição das doenças, com fundamento na observação clínica e epidemiológica, o que muito contribuiu para a especulação da origem das epidemias e o fenômeno do adoecimento humano.¹³ Marcada pelo empirismo, que originou as ciências básicas, foi uma época em que se descobriu a origem das matérias causadoras de contágios, levando ao surgimento da teoria miasmática, precursora da bacteriologia, esta no século XIX, apregoando que as causas das doenças epidêmicas dava-se pela péssima condição sanitária.¹⁴ Houve, também, o surgimento do microscópio, no século XVII, que passou a demonstrar os microrganismos causadores de doenças, assentando as bases da microbiologia e da bacteriologia.¹⁵ Durante o século XVIII, os estudos voltaram-se para a causa que cede lugar à prática clínica, levando à origem de uma teoria social da Medicina, que diz que é na condição de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas.¹⁶

No século XIX, na contemporaneidade, com os avanços tecnológicos, modernização, e por meio da mídia, e após a Segunda Guerra Mundial, dissemina-se a influência dos determinantes sociais na saúde; as populações observam que os comportamentos humanos podem apresentar-se como uma ameaça à saúde.¹⁷

¹² DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito Sanitário. *In*: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Organizador: Márcio Iorio Aranha. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 39-61, p. 39.

¹³ LOURENÇO, Luciana de Fátima Leite *et al.* A Historicidade filosófica do Conceito Saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde**, v. 3, n. 1, p. 18-35, 2012, p. 24. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1028952>. Acesso em: 22 abr. 2022.

¹⁴ SANTOS, Dulce O. Amarante dos; FAGUNDES, Maria Daíza da Conceição. Saúde e dietética na medicina preventiva medieval: o regimento de saúde de Pedro Hispano (século XIII). **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 17, n. 2, p. 333-342, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702010000200004> *apud* LOURENÇO, Luciana de Fátima Leite *et al.*, *op. cit.*, *loc. cit.*

¹⁵ SCLiar, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007, p. 33. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>. Acesso em: 6 mar. 2022.

¹⁶ SANTOS, Dulce O. Amarante dos; FAGUNDES, Maria Daíza da Conceição. Saúde e dietética na medicina preventiva medieval: o regimento de saúde de Pedro Hispano (século XIII). **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 17, n. 2, p. 333-342, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702010000200004> *apud* LOURENÇO, Luciana de Fátima Leite *et al.*, *op. cit.*, *loc. cit.*

¹⁷ BARATA, Rita de Cássia Barradas. **A historicidade do conceito de causa: epidemiologia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 1985.

Mesmo com a influência do empirismo, fortalece-se a biologia científica sem influência externa da filosofia; passa-se da medicina da ciência empírica para a medicina experimental; aflora-se a patologia celular, a fisiologia, a bacteriologia; direciona-se a área de atuação para o corpo, doença na busca de um estado biológico normal, exigindo-se uma medicina de elevado custo e alta tecnologia.¹⁸

No final do século XIX, ficou registrado o que se chamou de revolução pasteuriana. Pasteur, utilizando-se do microscópico descoberto no final do século XVII, estava revelando a existência de microrganismos causadores de doenças, viabilizando a produção de soros, vacinas, ou seja, pela primeira vez as doenças puderam ser conhecidas e tratadas. Nasceu a “epidemiologia”, a partir da epidemia de cólera em Londres, então passou-se a estudar a saúde social por meio de indicadores, pela contabilidade social, por meio da ciência estatística. O termo é de origem alemã, *Statistik*, e deriva de *Staat, Estado*, origem bastante sugestiva, uma vez que a origem desta ciência coincide com o surgimento do Estado forte, centralizado, ganhando impulso, como mencionado, no século XIX. A seguir, i) em 1826, Louis René Villermé publicou um relatório em que analisou a mortalidade nos bairros de Paris (*Tableau de l'état physique et moral des ouvriers*), atribuindo-se ao nível de renda a condição de mortalidade; ii) na Inglaterra, berço da revolução Industrial, suscitou Friederich Engels a escrever *Condição da classe trabalhadora na Inglaterra*; iii) William Farr ficou conhecido pelo seu pioneirismo em estatística da saúde na Inglaterra, em 1839; iv) Edwin Chadwick, advogado, autor do relatório, que depois se tornaria famoso, *As condições sanitárias da população trabalhadora da Grã-Bretanha*, impressionou o Parlamento, que mais tarde promulgou a lei *Public Health Act*, a qual tornou obrigatória a existência de uma Diretoria Geral de Saúde, que publicava medidas de saúde pública e recrutamento de médicos sanitaristas – tal lei oficializou o início da saúde pública na Grã-Bretanha; v) nos Estados Unidos, em 1850, é criada uma diretoria de saúde composta por médicos e leigos; vi) em 1848, com a Comuna de Paris, onde Karl Marx realizava seus estudos sobre os males do capitalismo, suscitando diversas mudanças na estrutura social, Otto von Bismarck criou um sistema de seguridade social e de saúde e dizia que “o capitalismo e os latifundiários precisariam ser salvos deles mesmos e de sua ganância que ameaçava sacrificar a mão de obra operária”; vii) em 1779, surge na Alemanha a ideia de Intervenção do Estado na saúde pública, com publicação da obra *System einer Vollstandigen Medicinischen Polizei*; depois,

¹⁸ BAKES, Marli Terezinha Stein et al. Conceito de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 17, n. 1, p. 111-117, 2009.

com a anexação do território da Alsácia-Lorena pelos alemães, tal sistema também expande-se à França, e vários outros países passaram a copiá-lo; viii) depois do final da segunda guerra mundial, a Grã-Bretanha, para oferecer à população inglesa uma compensação em face dos sofrimentos enfrentados em período de guerra, delegou a *Sir William Beveridge* fazer um diagnóstico da situação do seguro social; assim, Beveridge criou o Serviço nacional de saúde, que destinou-se a fornecer saúde integral, “do berço à tumba”, a toda a população, financiada com recurso públicos.¹⁹

Apesar de todos esses conceitos sobre *saúde* ao longo da história, ainda havia a necessidade, à época, de criar um conceito que fosse aceito universalmente, isso deu-se com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), após Segunda Guerra Mundial, refletindo a ascensão do socialismo e fim do colonialismo, que tratou-se do conceito contemplado na Carta da OMS, em 7 de abril de 1948, tratando a saúde como um direito e reconhecendo a obrigação do Estado em promover e proteger a saúde da população, como citado alhures: “saúde é o Estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Esse conceito foi ampliado por Marc Lalonde, em 1974, e o Ministério da Saúde do Canadá aplicou o modelo inglês, ampliando o campo da saúde para a biologia humana, no tocante à compreensão da herança genética, meio ambiente (condições do ar, solo, moradia, etc.) e estilo de vida. A partir daí surgiram diversas críticas de natureza técnica, política, libertária, dizendo que o conceito de saúde seria impossível de ser alcançado e que poderia levar a abusos por conta do Estado, que poderia, sob o argumento de promoção à saúde, intervir sobremaneira na vida das pessoas. A OMS, para dirimir essas questões, realizou a Conferência Internacional de Assistência à Saúde, no Cazaquistão, que serviu para criar um programa de prevenção de doenças, em especial a malária e a varíola, por meio de inseticidas para o combate à malária e vacinas para erradicação da varíola, o que se deu em 1977. A OMS, então, ampliou seus objetivos tendo em vista ações de saúde que visassem maior desenvolvimento e progresso social.²⁰

O sistema de acesso à saúde deve estar integrado ao desenvolvimento social e econômico do país, processo este em que saúde é causa e consequência. O conceito de *saúde pública* passou a estar intimamente relacionado a critérios sociais, sem juízo de valor. Em função disso, no Brasil, a Constituição Federal de 1988 determina, no art. 196, que a “A saúde

¹⁹ SCLiar, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007, p. 36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>. Acesso em: 6 mar. 2022.

²⁰ *Ibid.*, p. 36-38.

é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”; tal diretriz é praticada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), o que é *a posteriori*, detalhadamente, estudado.²¹

1.2.2 Saúde como Direito Humano Fundamental

O Direito Sanitário é considerado tanto no ordenamento jurídico interno quanto internacionalmente como direito humano social. Foi na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), art. 25²², que apareceu pela primeira vez a ideia de saúde como direito, ao afirmar que “toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação”. Depois, em 1966, com o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, em seu art. 12, houve o reconhecimento, pelos Estados-partes, do direito de toda pessoa em desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental, trazendo indicações mais precisas sobre as medidas a serem adotadas para assegurar o direito à saúde, como “a prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças e a criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidades”²³.

Para o melhor entendimento do direito à saúde cuja origem está no constitucionalismo contemporâneo como direito humano, faz-se necessário traçar alguns fragmentos dos principais eventos da história constitucional relacionada aos direitos humanos, como sua origem na França de 1770, por exemplo, com movimento liberal, revolucionário cujo ápice deu-se com a Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789²⁴, que ratificou garantias aos cidadãos contra excessos do Estado concentrador de poderes e repressor do cidadão. As duas Declarações supracitadas tratam dos direitos fundamentais da liberdade, junto aos quais também foram instituídos os Direitos sociais e econômicos no

²¹ SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007, p. 39. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>. Acesso em: 6 mar. 2022.

²² ONU. Organização das Nações Unidas. Assembleia Geral. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 10 dez. 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 10 mar. 2022.

²³ VENTURA Miriam. Direitos Humanos e Saúde, possibilidades e desafios. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde e Direitos Humanos**, ano 7, n. 7, 2010. p. 887-100, p. 91. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_direitos_humanos_ano7_n7.pdf. Acesso em: 16 mar. 2022.

²⁴ FRANÇA. Assembleia Nacional. **Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789**. Paris, 1789. Disponível em: <https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/414/2018/10/1789.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2022.

século XX, com a Constituição Mexicana, de 1917²⁵, a Constituição de Weimar, de 1919²⁶, a Declaração do Povo Trabalhador e Explorado, de 1918²⁷, que preconizava a ética material e posicionava-se contra a opressão e a exploração econômica, proclamada pela Declaração Burguesa, representando-se contraditória à visão individualista humana da Declaração Francesa de 1789; tais direitos sociais requerem uma contraprestação positiva do Estado. No século XX, passou a ser reconhecido pela comunidade internacional o sentido universal das Declarações de Direito, por meio de documentos de feição multinacional propostos por Organizações internacionais. Depois, e em razão dos efeitos da Segunda Guerra Mundial, em 1948, como supracitado, deu-se a consolidação do Direito Internacional dos Direitos Humanos, por meio da Declaração Universal dos Direitos do Homem elaborada pela ONU.²⁸

Segundo Flávia Piovesan, tal declaração contempla duas categorias de direitos humanos, indivisíveis, que combinam valores como o da igualdade e da liberdade, bem como comungam discursos liberal e social da cidadania, quais sejam: os direitos civis e políticos (art. 3º a 21) e os direitos sociais, econômicos e culturais (art. 22 a 28).²⁹

Em 1966, assim como tratado anteriormente, houve dois importantes Pactos que incorporaram em seu conteúdo os direitos humanos declarados em 1948, o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos³⁰ e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais³¹, que, foram ratificados no Brasil em 1992, tornando-se instrumentos jurídicos vinculantes e obrigatórios, nos quais encontra-se consubstanciado o direito sanitário, dispostos, especificamente no § 1º do art. 2º, cuja efetivação depende de órgãos da Administração Pública que os concretizem, e da atuação dos Estados-Parte, como é o que dispõe o § 2º, art. 12. Isto é, os direitos de segunda dimensão, sociais, econômicos,

²⁵ MEXICO. Poder Ejecutivo. Constitución Mexicana, de 1917 – Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que Reforma la de 5 de Febrero del 1857. **Diario Oficial**. Tomo V, 4ª Época, n. 30. Ciudad de Mexico, 5 feb. 1917, p. 147-161. Disponível em: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum/CPEUM_orig_05feb1917.pdf. Acesso em: 12 nov. 2021.

²⁶ ALEMANHA. Parlamento. **Lei Fundamental**. Constituição de Weimar, de 1919. Tradutor: Assis Mendonça. Berlin: Parlamento Federal Alemão, jan. 2011. Disponível em: [http://www4.policiamilitar.sp.gov.br/unidades/dpcdh/Normas_Direitos_Humanos/CONSTITUI%C3%87%C3%83O%20DE%20WEIMAR%20\(ALEM%C3%82\)%20-%201919%20-%20EM%20PORTUGU%C3%8AS.pdf](http://www4.policiamilitar.sp.gov.br/unidades/dpcdh/Normas_Direitos_Humanos/CONSTITUI%C3%87%C3%83O%20DE%20WEIMAR%20(ALEM%C3%82)%20-%201919%20-%20EM%20PORTUGU%C3%8AS.pdf). Acesso em: 12 nov. 2021.

²⁷ LÉNINE, Vladimir Ilitch. Declaração do Povo Trabalhador e Explorado, de 1918. **Obras Escolhidas de V. I. Lénine**. Tomo 2. Lisboa: Editorial Avante, 1988. p. 448-450.

²⁸ ASBAHR, Pericles. Considerações sobre o Direito Humano à Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 5, n. 3, p. 9-28, nov. 2004, p. 14.

²⁹ PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e direito constitucional internacional**. 4. ed., ver. e atual. São Paulo: Max Limonad, 2000, p. 143.

³⁰ ONU. Organização das Nações Unidas. Assembleia Geral. 21ª Sessão. **Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos**. Nova Iorque, 16 dez. 1966.

³¹ *Id.* Assembleia Geral. 21ª Sessão. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Nova Iorque, 16 dez. 1966.

culturais e políticos, dependem de uma contraprestação positiva dos Estados por meio da definição de políticas públicas adotadas pelos seus respectivos órgãos, sem os quais a possibilidade de existência de tais direitos torna-se bastante reduzida.³²

1. Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental. 2. As medidas que os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar: a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças; b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente; c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças; d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 incorporou os direitos humanos positivados pelos instrumentos internacionais, art. 5º, § 2º, ratificando não só os direitos constitucionalmente assegurados, mas também os novos direitos civis, culturais, econômicos, políticos e sociais. Assim como no ordenamento jurídico brasileiro, muitos outros Estados também contemplam em suas Constituições disposições expressas do direito fundamental à saúde, como França, Grécia, Holanda, Itália, Argentina, Paraguai, Peru e Uruguai. O caso brasileiro é a seguir explicitado.

1.2.3 Direito Fundamental Social à saúde na Constituição Federal de 1988

Os ordenamentos jurídicos, desde a positivação da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, em 1789³³, passaram a garantir internamente, em seus países, os direitos fundamentais expandindo-os a todos os indivíduos, não mais restritos somente à burguesia. Em função disso, a Constituição Federal de 1988 tem recepcionado tais direitos em títulos específicos, como o Título II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais, arrolando os direitos de primeira, segunda e terceira gerações. Os direitos de primeira geração são os direitos negativos ou individuais, como o direito à liberdade de profissão, por exemplo, preconizado no art. 5º, XIII, da CF/88. No rol dos direitos de segunda geração, encaixa-se o próprio direito à saúde (art. 6º), ao qual se requer uma prestação positiva do Estado. Por

³² LIMA JÚNIOR, Jayme Benvenuto. **Os direitos humanos econômicos, sociais e culturais**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001, p. 80-81.

³³ FRANÇA. Assembleia Nacional. **Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789**. Paris, 1789. Disponível em: <https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/414/2018/10/1789.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2022.

último, os direitos de terceira geração têm como exemplos o direito difuso e o direito ambiental.³⁴

Como mencionado, os direitos fundamentais tiveram origem na França, em 1770, com os movimentos revolucionários de cunho liberal francês, que tinham como conteúdo nuclear típico as prestações estatais que se sujeitam à conformação político-legislativa, cuja gênese deu-se com a Constituição francesa de 1791³⁵ e 1793³⁶, concomitantemente com os direitos fundamentais de liberdade erigidos pela Declaração Americana dos Direitos do Homem de 1776³⁷ e a Declaração Francesa de 1789³⁸ (Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão). Algumas constituições adotaram esses preceitos, como a constituição Mexicana, de 1917, e Constituição de Weimar, de 1919³⁹.

Após as atrocidades praticadas durante a Segunda Guerra Mundial, o mundo passou a questionar-se a respeito das condições humanas e a necessidade de garantia efetiva dos direitos humanos, bem como imprimiu maior atenção aos direitos sociais; assim, na segunda metade do século XX, o sentido da Declaração de Direitos passou a ser reconhecido em documentos de feição multinacional, iniciando o processo de internacionalização e universalização dos direitos humanos, concretizando-se por meio da Declaração Universal dos Direitos do Homem⁴⁰, aprovada pela assembleia geral da ONU, em 10 de dezembro de 1948, que assentou vastas bases e dispositivos referentes aos direitos sociais, em especial à saúde. Ainda sob o efeito do pós-guerra, a ONU, visando garantir os direitos do homem, em especial a saúde, criou alguns órgãos especiais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS).⁴¹

³⁴ CARVALHO, Mariana Siqueira de. A saúde como direito social fundamental na constituição federal de 1988. **Revista de Direito Sanitário**, v. 4, n. 2, p. 15-31, 2003, p. 17. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v4i2p15-31>. Acesso em: 22 abr. 2022.

³⁵ FRANCE. Conseil Constitutionnel. **Constitution de 1791**. Paris, 3 sept. 1791. Disponível em: <https://www.conseil-constitutionnel.fr/les-constitutions-dans-l-histoire/constitution-de-1791>. Acesso em: 12 nov. 2021.

³⁶ *Id.* **Constitution du 24 juin 1793**. Paris, 24 juin 1793. Disponível em: <https://www.conseil-constitutionnel.fr/les-constitutions-dans-l-histoire/constitution-du-24-juin-1793>. Acesso em: 12 nov. 2021.

³⁷ CIDH. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **Declaração Americana dos Direitos e deveres do Homem**. Aprovada na Nona Conferência Internacional Americana. Bogotá, 1948. Disponível em: https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/b.declaracao_americana.htm. Acesso em: 13 fev. 2022.

³⁸ FRANÇA. Assembleia Nacional. **Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789**. Paris, 1789. Disponível em: <https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/414/2018/10/1789.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2022.

³⁹ ALEMANHA. Parlamento. **Lei Fundamental**. Constituição de Weimar, de 1919. Tradutor: Assis Mendonça. Berlin: Parlamento Federal Alemão, jan. 2011. Disponível em: [http://www4.policiamilitar.sp.gov.br/unidades/dpcdh/Normas_Direitos_Humanos/CONSTITUI%C3%87%C3%83O%20DE%20WEIMAR%20\(ALEM%C3%82\)%20-%201919%20-%20EM%20PORTUGU%C3%8AS.pdf](http://www4.policiamilitar.sp.gov.br/unidades/dpcdh/Normas_Direitos_Humanos/CONSTITUI%C3%87%C3%83O%20DE%20WEIMAR%20(ALEM%C3%82)%20-%201919%20-%20EM%20PORTUGU%C3%8AS.pdf). Acesso em: 12 nov. 2021.

⁴⁰ Declaração Universal dos Direitos do Homem.

⁴¹ DALLARI, Sueli G., p. 19 *apud* COSTA, Nilson do Rosário. Direito à saúde na Constituição: um primeiro balanço. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 5, n. 1, p. 98-104, 1989. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1989000100008>. Acesso em: 2 abr. 2022.

A partir de então, alguns dos países europeus receberam as diretrizes determinadas pela OMS em suas constituições, como a Constituição Italiana, em 1947, art. 32⁴²; a constituição portuguesa, em 1976, art. 64⁴³; a Constituição Espanhola, em 1978⁴⁴. No caso do Brasil, houve uma lenta e tardia recepção, pelo ordenamento jurídico, aos direitos sociais erigidos pelo pós-guerra; também não havia menção a tais direitos nas constituições de 1891⁴⁵ e 1824⁴⁶, a despeito de o Brasil ter enfrentado, nesse período, grandes epidemias infectocontagiosas, como malária, varíola, febre amarela, tuberculose, cólera, peste bubônica, que eram obstados pelo modelo hegemônico no período, o sanitarista campanhista.

A elaboração da Constituição Federal de 1988 por uma Assembleia Nacional Constituinte, caracterizada pela pluralidade e participação de diversos atores sociais, representou um divisor de águas no avanço democrático nacional, em que direitos até então nunca antes tutelados foram erigidos a patamares nunca vistos, como é o caso do direito à saúde.

Os direitos fundamentais e a noção de Constituição e Estado Democrático de Direito estão intimamente relacionados. A própria Carta Magna de 88 preconiza os direitos sociais como sendo direitos fundamentais, ao receber, internamente, o conteúdo dos tratados internacionais de direitos humanos, de que é parte, dentre os quais se encontra o direito à saúde.⁴⁷ Nesse sentido, tem-se o art. 6^o⁴⁸, bem como o art. 196⁴⁹, ambos da CF/88.

⁴² ITÁLIA. Senado da República. **Constituição da República Italiana, em 1947**. Roma, 27 dez. 1947. Disponível em: https://www.senato.it/sites/default/files/media-documents/COST_PORTOGHESE.pdf. Acesso em: 12 nov. 2021.

⁴³ PORTUGAL. Parlamento. Constituição da República Portuguesa. **Diário da República**. N. 86, Série I. Lisboa, 10 abr. 1976. Disponível em: <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>. Acesso em: 12 nov. 2021.

⁴⁴ ESPANHA. Constituição Espanhola. **Boletín Oficial del Estado**, n. 311, 29 dez. 1978, p. 29313-29424. Disponível em: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-40008. Acesso em: 12 nov. 2021.

⁴⁵ BRASIL. Presidência da República. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (de 24 de fevereiro de 1891). **Diário Oficial da União**. Rio de Janeiro, 24 fev. 1891. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm. Acesso em: 12 nov. 2021.

⁴⁶ *Id.* Constituição Política do Império do Brasil (de 25 de março de 1824). Constituição Política do Império do Brasil, elaborada por um Conselho de Estado e outorgada pelo Imperador D. Pedro I, em 25.03.1824. **Coleção de Leis do Império do Brasil**. v. 1. Rio de Janeiro, 1824, p. 7. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm. Acesso em: 12 nov. 2021.

⁴⁷ MAZZA, Fabio Ferreira; MENDES, Áquilas Fabio Ferreira. Decisões judiciais e orçamento: um olhar sobre a saúde pública. **Revista de Direito Sanitário**, v. 14, n. 3, p. 42-65, 2014, p. 45. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v14i3>. Acesso em: 23 abr. 2022.

⁴⁸ Art. 6^o. “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, *op. cit.*).

⁴⁹ Art. 196. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (*ibid.*).

Desse modo, ao contrário dos documentos, constituições anteriores que reduziam o conceito de *saúde* à simples e restrita assistência médica, preconiza-se, assim como rezam os dispositivos mencionados anteriormente, no presente comando constitucional uma conceituação mais generosa mediante a qual a saúde é assegurada por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos.⁵⁰ Sendo assim, o direito à saúde exige do Estado prestações positivas, no sentido a garantir a efetividade de tal direito.⁵¹

1.2.4 Eficácia, efetividade e aplicabilidade do Direito Sanitário – breves considerações

Como pôde-se verificar, apesar de opiniões divergentes não aqui mencionadas, uma vez que o presente estudo adota a posição de que o Constituinte de 1988 alçou o direito à saúde como direito humano fundamental social, por consequência da ratificação pelo sistema jurídico interno de diversos documentos internacionais supracitados, de acordo com o art. 5º, § 2º⁵², da CF/88, os direitos e garantias fundamentais compreendem também os direitos humanos previstos nos tratados internacionais de que o Brasil seja parte.⁵³

O Direito Sanitário, como já mencionado, trata-se de um direito social, classificado como de segunda geração dos direitos humanos⁵⁴, na esteira da consolidação do Estado Social

⁵⁰ COSTA, Nilson do Rosário. Direito à saúde na Constituição: um primeiro balanço. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 5, n. 1, p. 98-104, 1989. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1989000100008>. Acesso em: 2 abr. 2022.

⁵¹ MAZZA, Fabio Ferreira; MENDES, Áquilas Fabio Ferreira. Decisões judiciais e orçamento: um olhar sobre a saúde pública. **Revista de Direito Sanitário**, v. 14, n. 3, p. 42-65, 2014, p. 46. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v14i3>. Acesso em: 23 abr. 2022,

⁵² “§ 2º Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte”.

⁵³ Artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. “Toda pessoa humana tem a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive a alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, [...]” (ONU. Organização das Nações Unidas. Assembleia Geral. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 10 dez. 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 10 mar. 2022). A Declaração Americana dos Direitos e deveres do Homem de 1948, por sua vez, estabelece no artigo 11 que a saúde da pessoa é protegida por meio de medidas sanitárias e sociais que incluem alimentação, roupas, habitação e cuidados médicos correspondentes ao nível permitido pelos recursos públicos e os da coletividade. Artigo 12, parágrafo 1º do pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 reconhece o direito de toda pessoa desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental (CIDH. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **Declaração Americana dos Direitos e deveres do Homem**. Aprovada na Nona Conferência Internacional Americana. Bogotá, 1948. Disponível em: https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/b.declaracao_americana.htm. Acesso em: 13 fev. 2022).

⁵⁴ Cf. *José Afonso da Silva*, “os direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações positivas estatais, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se conexionam com o direito de igualdade. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que criam condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade

de Direito. Na trilha do entendimento de que o direito à saúde está intrinsicamente relacionado ao direito à vida, como direito primordial do ser humano, sendo que dele derivam os demais direitos, entende-se que, mais do que se manter vivo, o direito à vida, engloba a garantia ao ser humano de desenvolver as faculdades físicas, mentais e sociais que lhe são próprias, o que vai ao encontro do próprio entendimento sobre o conceito de *saúde* da OMS, já explicitado.

A partir da CF/88, concernente à aplicabilidade do direito à saúde, houve um intenso esforço da comunidade jurídica na busca pela efetivação desse direito, tornando-se estudo recorrente entre intérpretes da ciência jurídica, em função das diversas correntes aplicadas sobre o art. 5º, § 1º⁵⁵, da CF/88.

Dito isso, no Brasil, a mais recente Carta Magna determina, segundo o art. 5º, § 1º, que as normas definidoras de direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata. Segundo a posição adotada neste trabalho, apesar de opiniões divergentes, entende-se que elas comportam todos os direitos individuais fundamentais, incluindo-se neste rol o direito fundamental social à saúde.

À luz desse dispositivo, é evidente a posição nuclear que a Constituição Federal de 1988, como estandarte do Estado Democrático de Direito, deu aos direitos fundamentais no ordenamento jurídico, tanto materialmente (como imprescindível à dignidade da pessoa humana, à vida) quanto formalmente (disposto no art. 6º da CF/88), ao reforçar, expressamente, a aplicabilidade imediata dos respectivos direitos, por meio dos quais resta evidente a luz da inteligência do art. 6º da CF/88; exige-se uma posição intervencionista do Estado para efetivação deles, em especial os direitos sociais, superando-se, assim, os paradigmas do Estado Liberal, do século XVIII, os quais consideravam como direitos fundamentais os de primeira geração, aqueles dos quais exigiam uma abstenção do Estado.⁵⁶

A despeito da reforçada eficácia jurídica do conteúdo do art. 5º, § 1º, observa-se cotidianamente, por meio tanto do aumento das demandas judiciais instauradas por particulares perante a negativa do Sistema Único de Saúde quanto das demandas por eles requeridas, que ainda há um extenso debate concernente à interpretação do referido

real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade” (SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito constitucional positivo**. 9. ed., rev., 3.tir. São Paulo: Malheiros, 1993, p. 258).

⁵⁵ “§ 1º As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.”

⁵⁶ FARIA, Luzardo. A Saúde como Direito Fundamental Social: Regime Jurídico-Constitucional e Exigibilidade Judicial. **Revista Jurídica da Procuradoria Geral do Estado do Paraná**, n. 5, p. 123-161, 2014, p. 128.

dispositivo, em face do orçamento público em saúde limitado, finito, às imprevisibilidades populacionais e aos avanços tecnológicos do setor, que levam a tratamentos mais modernos e eficientes as epidemias que requerem uma solução emergencial por parte do Poder Público.

Para Silva,⁵⁷ a norma contida no art. 5º, § 1º, da Constituição trata-se de uma norma síntese no plano constitucional de que os direitos humanos, assim entendidos os direitos fundamentais – individuais, coletivos, sociais, de nacionalidade e políticos –, só cumprem sua finalidade se as normas que os contemplam tiverem efetividade. Sarlet,⁵⁸ por sua vez, entende que essa disposição aplicável “a todos os direitos fundamentais (incluindo os direitos sociais)” é uma norma princípio “que se constitui em uma espécie de mandado de otimização, impondo aos órgãos estatais a tarefa de reconhecerem e imprimirem às normas de direito e garantias fundamentais a maior eficácia e efetividade possível”⁵⁹.

Nesse sentido, um direito que tenha a qualidade de regra é indiscutivelmente aplicável quando satisfeitos os pressupostos de sua existência. Já os princípios não impõem condutas previamente determinadas, mas tão somente *prima facie*; nem sempre sua efetividade será total, estando passível a incidência de outros fatores imprevisíveis.⁶⁰

Como se verá adiante, o próprio texto Constitucional tratou de determinar todo o arcabouço jurídico para aplicação imediata do direito à saúde, dispondo apenas alguns pontos a serem determinados pela legislação infraconstitucional, como a Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei n. 8.080/1990⁶¹, que dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Alguns aspectos interessantes dessa lei é que ela mesma preleciona, no art. 2º, a “saúde como direito fundamental, devendo o Estado prover as condições indispensáveis para seu pleno exercício”⁶², ao mesmo tempo em que também, no art. 3º⁶³, trata a saúde no mesmo

⁵⁷ SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade e eficácia das normas constitucionais**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1985, p. 444.

⁵⁸ SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Revista Diálogo Jurídico**, n. 10, p. 1-17, 2002, p. 9.

⁵⁹ ASBAHR, Pericles. Considerações sobre o Direito Humano à Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 5, n. 3, p. 9-28, nov. 2004, p. 17.

⁶⁰ FARIA, Luzardo. A Saúde como Direito Fundamental Social: Regime Jurídico-Constitucional e Exigibilidade Judicial. **Revista Jurídica da Procuradoria Geral do Estado do Paraná**, n. 5, p. 123-161, 2014, p. 129.

⁶¹ BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 182. Brasília, 20 set. 1990, p. 18055.

⁶² Artigo 2º da Lei 8080/1990 – “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (*ibid.*, *op. cit.*).

⁶³ “Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio

sentido do proposto pela OMS, qual seja, de que a saúde não consiste numa mera ausência de doença, mas também de um estado de bem-estar físico, mental e social do povo.

Nesse sentido, inquestionavelmente, para promoção da saúde no Brasil, há que se considerar uma função ativa, intervencionista do Estado a fim de aplicar saúde por meio de um complexo espectro de políticas públicas; adiante, ver-se-á instrumentos determinados pelo texto constitucional para assegurar tal prestabilidade, como a instituição do Sistema Único de Saúde, por exemplo.

Do mesmo modo entende Fernando Aith, assentado no fato de que o direito à saúde previsto no texto constitucional é assegurado, assim como os demais direitos sociais, por meio de políticas públicas para o setor, os quais contemplam quatro dimensões: jurídica, econômica, sanitária e política, tomando-se atenção à dimensão econômica de que há de se determinar, também, os recursos que serão utilizados na promoção desses direitos.⁶⁴

1.3 Breve abordagem sobre Políticas Públicas

Pode-se dizer que o direito à saúde tem aplicabilidade imediata, como corroborado acima; para que sua aplicabilidade aconteça, porém, é preciso que os entes públicos disponham de uma força positiva para tanto, por meio da instituição de políticas públicas. Em outras palavras, não há como um direito social ser concretizado sem a mínima inclinação do Estado em mover a máquina pública em prol desse objetivo; para tanto, faz-se necessário que o orçamento público dos entes políticos públicos esteja planejado para tal, com o respeito, como se verá à frente, dos dispositivos constitucionais e infraconstitucionais que determinam a vinculação mínima em saúde para cada um dos entes. Ver-se-á que, a despeito da vasta regulação em saúde para que esse direito seja aplicado, não se pode negar que há um nítido viés político à efetivação das normas sanitárias, assim entende Maria Paula Dallari Bucci.⁶⁵

Em outras palavras, não se pode analisar políticas públicas por meio de uma ótica estritamente jurídica; já que regulam direitos, é preciso haver um estudo interdisciplinar entre tais ciências, tendo em vista seu aperfeiçoamento. A valer, segundo Ricart Coelho, a solução para o quadro da grave crise da saúde pública não deve ser buscada apenas por pessoas da

ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013).

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.”

⁶⁴ AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário**: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

⁶⁵ BUCCI, Maria Paula Dallari. **Direito Administrativo e Políticas Públicas**. São Paulo: Saraiva, 2006, p. 243.

área da saúde e tampouco apenas por pessoas com formação jurídica. Somente com esforços de diversas áreas é que se pode chegar a encontrar saídas para uma conjuntura de crise.⁶⁶

Cabe mencionar o conceito de *política pública* para Maria Sylvia Zanella Di Pietro: “são metas e instrumentos de ação que o poder público define para a consecução de interesses públicos que lhe incumbe proteger”⁶⁷.

Para a elaboração de uma política pública é necessário que haja interação na atuação dos três poderes (Legislativo, Executivo e Judiciário). O Legislativo, com a função de elaborar leis ordinárias, infraconstitucionais e constitucionais, por meio do estabelecimento de metas, formas de financiamento. Muitas vezes, o Executivo também assim o faz por meio da edição de Decretos, portarias, como as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBS), expedidas pelo Ministério da Saúde, as quais regulamentam a lei, sem inová-las. Para implementá-las faz-se necessária a atuação do Executivo, que determinará os meios pelos quais determinada política será efetivada. Por último, o Judiciário, que realizará a função de controle dessas políticas, analisando se elas se encontram de acordo com as metas estabelecidas na Constituição Federal e também nas normas infraconstitucionais, indo ao encontro dos interesses da coletividade.

Resta lembrar que, relativo ao Poder Judiciário, o tema do ativismo judicial, que, embora tenha sido intensamente debatido, ainda continua desempenhando importante papel no palco dos debates nacionais; tem-se revelado, ainda, com inúmeros problemas, uma vez que muitas vezes vem a ultrapassar seu espaço de controle, passando a atuar nas funções executivas de Estado, para além de sua função, qual seja, de instaurar políticas públicas em saúde, por meio de decisões judiciais, as quais muitas das vezes não respeitam o espectro finito orçamentário dos entes federados, como será visto no próximo capítulo.⁶⁸

⁶⁶ SANTOS, Ricart César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016, p. 67.

⁶⁷ DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Discricionariedade administrativa na Constituição de 1988**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012, p. 137.

⁶⁸ WERNER, Patrícia Ulson Pizarro. A construção das políticas públicas de saúde: competências administrativas, solidariedade processual e desafios para o fortalecimento do SUS. **Revista de Direito Sanitário**, v. 16, n. 2, p. 147-159, 2015, p. 157. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v16i2p147-159>. Acesso em: 7 abr. 2022.

1.4 Sistema Único de Saúde

1.4.1 Aspectos históricos da saúde pública no Brasil até a criação do SUS

O Sistema Único de Saúde, como universal, público, descentralizado e integral, é produto do processo da tentativa de redemocratização do Estado Brasileiro, de um projeto social que viesse a assegurar uma boa qualidade de vida às pessoas por meio da instituição de políticas públicas que visassem ao emprego, à renda, à moradia, ao saneamento; isso leva ao entendimento de que o Estado tem primordial papel na concretização dessas políticas, principalmente no que concerne à questão do seu respectivo financiamento. A proposta de saúde prelecionada e tutelada em nível constitucional e infraconstitucional, por meio das Leis n. 8.080/90⁶⁹ e n. 8.142/90⁷⁰, tem como origem, um longo caminho histórico de políticas públicas.⁷¹

Durante o período colonial, como não havia relação explícita entre saúde e sociedade, não houve incentivos à promoção à saúde por parte da Coroa Portuguesa⁷²; o objetivo do Estado e dos médicos era de evitar a morte. As políticas de saúde foram efetivamente implementadas no Brasil a partir do século XX, pois até 1888 o Brasil era eminentemente escravista e monarquista.

O século XIX foi marcado por transformações políticas, econômicas e na medicina, esta incorporando algumas características importantes encontradas até os tempos atuais, como sua inserção na sociedade, que incorpora o meio urbano, como alvo da reflexão e da prática médica, e sua situação como apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado.⁷³

Dito isso, abre-se espaço para tratar cada período isoladamente. No período colonial, o estabelecimento da Corte Portuguesa em território brasileiro, em 1808, trouxe mudanças na administração pública colonial, inclusive na área da saúde; como sede do governo, o Rio de

⁶⁹ BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 182. Brasília, 20 set. 1990, p. 18055.

⁷⁰ *Id.* Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 31 dez. 1990, p. 25694.

⁷¹ Informações obtidas em BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **O SUS e a efetivação do Direito Humano à Saúde: Controle Social**. 2. ed. Passo Fundo, RS: CNS, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-943883>. Acesso em: 06 abr. 2022.

⁷² SANTOS, Ricart César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016, p. 69.

⁷³ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v. 1), p. 10. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf> Acesso em: 07 abr. 2022.

Janeiro tornou-se centro das ações sanitárias, com a instituição das academias médico-cirúrgicas no estado e também na Bahia. Em 1829, criou-se a Junta de Higiene Pública, que foi pouco eficaz e não demonstrou seu objetivo de cuidar da saúde da população; as instâncias médicas, então, assumem o controle das medidas de higiene pública transformando-as, em 1851, em Junta Central de Higiene Pública, que teve como objetivo a inspeção da vacinação, o controle do exercício da medicina, a polícia sanitária, englobando inspeção de todos os lugares que pudessem gerar dano à saúde pública. Até 1850, então, as atividades de saúde pública estavam concentradas na delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais, controle de navios e saúde dos portos. As Juntas de Higiene, a despeito de não terem resolvido o problema sanitário, representaram uma nova etapa na organização da higiene pública do Brasil, que se manteve durante todo o século XIX.⁷⁴

Com a Proclamação da República em 1889, erigiu-se a ideia de modernização do país; a economia e a sociedade, até pouco tempo escravista, constataram que a força produtiva camponesa é a fonte de riqueza das nações, tomando como fulcro o avanço do pensamento capitalista. Nesse cenário, a medicina assumiu o papel de guia do Estado para assuntos sanitários, para melhoria das condições de saúde individual e coletiva. Na Primeira República, observou-se que surgiram as primeiras tentativas de combate às doenças e às enfermidades que diminuía a vida produtiva da população; foi marcada por um período de contínua intervenção estatal não somente em períodos de epidemia, como varíola, malária, febre amarela, peste, mas a todo momento. Surgiram relevantes sanitaristas, como Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Adolpho Lutz, Arthur Neiva e Vital Brasil; houve a criação de instituições, como Instituto Oswaldo Cruz (1908) e Fundação Oswaldo Cruz (1970). Outra conquista importante foi a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920, e as primícias, bases para a criação de um Sistema Nacional de Saúde, concentrados e baseados na verticalização das ações no governo central.⁷⁵

Em 1923, houve a aprovação da lei Eloy Chaves; trata-se de um marco legal, pois ela veio a reconhecer juridicamente as medidas de proteção e políticas públicas da saúde, fruto da proteção e internalização do direito à saúde no Brasil. Mais adiante, houve a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), que consistia em uma organização de direito privado criada para grupos específicos de servidores e organizada segundo o princípio do

⁷⁴ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v. 1), p. 11. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf> Acesso em: 07 abr. 2022.

⁷⁵ *Ibid.*, p. 12.

seguro social, em que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados⁷⁶, e mais tarde os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). As Caixas seriam criadas nas empresas e receberiam contribuições de seus respectivos empregados, empregadores e do governo, para lhes garantir aposentadoria (depois de muitos anos) e pensões em caso de invalidez por mutilação (muito comum) nas indústrias; tais caixas foram idealizadas por Eloy Chaves para evitar que, o advento das indústrias e do número de operários, durante primeira guerra mundial, em virtude das diminuições das exportações pelas grandes potências do período focadas na guerra, colimasse em experiências como a da Revolução Russa, já que no Brasil, nesse período, houve forte êxodo do campo para cidade, em busca de trabalho; os operários, influenciados pelas ideias anarquistas e marxistas, pós-Revolução Russa, iniciaram diversas greves. Apesar de as CAPS representarem a primeira iniciativa brasileira de assistência à saúde, possuíam alguns pontos negativos como: garantir os benefícios apenas para os operários que contribuía e empregados, os demais eram atendidos por caridade; não englobava os trabalhadores rurais, fato que, em 1960, levou à criação do FUNRURAL com o mesmo objetivo: o atendimento dessa classe. Os fundos das CAPS eram custeados pelos empregados, sem participação do Estado, assim como determinava o art. 3º da Lei Eloy Chaves (3% dos vencimentos dos empregados das empresas, 1% da renda bruta das empresas e consumidores); as caixas foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS).

Os IAPS foram criados no governo de Getúlio Dornelles Vargas durante o governo de 1930-1945 (ditadura). Até 1930, a economia brasileira dependia preponderantemente do café, esses coronéis do café também dominavam o cenário político que, a partir de então, passou a ser desejado por outros grupos da elite, o que deu ensejo à chegada de Getúlio Vargas ao poder na década de 30. Ele adotou um governo centralizado para destruir o poderio dos coronéis, incentivou a indústria para reduzir os problemas econômicos provocado pela diminuição das exportações de café, adotou um governo populista buscando apoio às classes operárias; assim, ele instituiu a Consolidação das Leis do Trabalho, em 1934, para atender as reivindicações operárias. Vargas, então, centralizou as CAPS, transformando-as em IAPS; na prática a diferença é que, enquanto as CAPS existiam no âmbito de cada empresa, os IAPS abrangeriam categorias profissionais (marítimo, comerciários e bancários), quanto à forma de administração: as CAPS eram geridas por um colegiado de empregadores e empregados; os

⁷⁶ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v. 1), p. 13. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf> Acesso em: 07 abr. 2022.

IAPS eram geridos por um representante do governo.⁷⁷ Na prática, a razão da centralização deu-se pela ciência do governo de que as CAPS movimentavam um alto volume de receitas, então centralizá-las significaria a completa disponibilização pelo governo de tal montante.

Outro fato importante ocorrido no governo Vargas foi a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), em decorrência das inúmeras alterações promovidas nas políticas de saúde, já que até 1950, as assistências médicas previdenciárias adquiriram um papel secundário no sistema previdenciário brasileiro.⁷⁸ A MESP foi instituída pelo Decreto n. 19.402, de 14 de novembro de 1930.^{79, 80}

Depois do governo Vargas, houve a criação do Ministério da Saúde, em 1953, e aconteceu a 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em dezembro de 1963, em um período marcado por 19 anos de governos democráticos. Ao MESP cabia tudo que dissesse respeito à saúde da população; já as questões ligadas à medicina previdenciária eram de competência do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. O MESP desempenhava serviços para as pessoas identificadas como pré-cidadãos, entre eles os pobres, desempregados, todos os que não eram beneficiados com os serviços das caixas.

Na terceira Conferência Nacional foram discutidas a questão da distribuição de responsabilidades entre os entes federativos, a proposição de municipalização dos serviços de saúde, a situação de saúde do país; após, iniciou-se o período de ditadura militar (1964-1984), caracterizado pela criação do Sistema Nacional de Saúde, quando foram realizadas algumas reformas, tais quais a unificação dos IAPs, no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, o qual ficou responsável em gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, excluindo os trabalhadores rurais e urbanos informais, além de também em concentrar o recolhimento das contribuições.⁸¹

Tratou-se de um período cujo enfoque foi a medicina curativa, em que houve maior investimento em leitos, hospitais, clínicas particulares, financiadas com recursos da previdência social; os serviços de médicos privados prestados aos previdenciários eram

⁷⁷ SANTOS, Ricart César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016, p. 70.

⁷⁸ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v. 1), p. 14. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf> Acesso em: 07 abr. 2022.

⁷⁹ *Id.* Presidência da República. Decreto nº 19.402, de 14 de novembro de 1930. Cria uma Secretária de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. **Diário Oficial da União**. Seção 1. Rio de Janeiro, 18 nov. 1930, p. 20883.

⁸⁰ SANTOS, Ricart César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016, p. 70.

⁸¹ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, *op. cit.*, p. 16.

custeados por Unidade de Serviço, que se tornou uma verdadeira fonte de corrupção. Foi um dos períodos em que mais se arrecadou, porém quando menos se investiu em medicina preventiva, em saúde pública, algo em torno de 2% do PIB.⁸² Os resultados, sobretudo, demonstraram ser insatisfatórios, não foram suficientes para a contenção de pandemias, epidemias e para a redução da mortalidade infantil.⁸³

Com o fim da ditadura e o estopim do período de redemocratização, o movimento sanitário ganha força e passa a concentrar mais esforços em torno da medicina preventiva e da saúde coletiva. Houve a 8ª conferência nacional realizada em Brasília, em 1986, em que discutiu-se os princípios da reforma sanitária; a seguir, houve a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, com princípios adiante adotados pelo Sistema Único de Saúde (SUS); este, por sua vez, previsto na Constituição Federal de 1988. Segundo Sueli Dallari, o texto da constituição atual que trata sobre saúde é praticamente o mesmo do proposto pelos sanitaristas à época, apresentado por meio de emenda popular.⁸⁴

1.4.2 Legislação estruturante do SUS e princípios

A saúde está prelecionada na Seção II, Capítulo II, Título VIII, da Constituição Federal, que versa sobre a seguridade social, estabelece os direitos dos usuários, os deveres do Estado e as diretrizes da organização do sistema, a participação da iniciativa privada e de empresas de capital estrangeiro na assistência à saúde, as atribuições do sistema, admissão de agentes comunitários de saúde e de combate às epidemias.⁸⁵

Quando se observa o complexo arcabouço normativo do SUS, percebe-se a pluralidade de composição desse Sistema, uma vez que a Constituição Federal delegou leis complementares e ordinárias à regulamentação do SUS. Nesse passo, a partir de então foram aprovadas pelo Congresso Nacional inúmeras leis sobre o tema, quais sejam: i) Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, “dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá

⁸² BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v. 1), p. 16. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf> Acesso em: 07 abr. 2022.

⁸³ SANTOS, Ricart César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016, p. 70.

⁸⁴ DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, v. 9, n. 3, p. 9-34, 2008, p. 11. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128>. Acesso em: 23 nov. 2021.

⁸⁵ BRASIL, *op. cit.*, p. 17.

outras providências”;⁸⁶ ii) Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”;⁸⁷iii) Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993, que dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)⁸⁸, autarquia federal criada pela Lei n. 6.439, de 1º de setembro de 1977⁸⁹, vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS); as funções, competências, atividades e atribuições dos Inamps foram absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do SUS; os Inamps tinham como função prestar assistência médica aos segurados do INPS, atual Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS); iv) Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012⁹⁰, que “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 n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.”⁹¹

A Lei n. 8.080/1990 sofreu diversas alterações, pelas leis: i) Lei n. 9.836/1999⁹², esta lei incluiu o sistema de Atenção à Saúde Indígena, disposto no capítulo V da Lei n. 8.080/90; ii) Lei n. 10.424/2002⁹³, que trata sobre o subsistema de atendimento e internação domiciliar,

⁸⁶ BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 182. Brasília, 20 set. 1990, p. 18055.

⁸⁷ *Id.* Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 31 dez. 1990, p. 25694.

⁸⁸ *Id.* Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1. Brasília, 28 jul. 1993.

⁸⁹ *Id.* Lei n. 6.439, de 1º de setembro de 1977. Institui o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1. Brasília, 2 set. 1977. p. 11617.

⁹⁰ *Id.* Lei Complementar n. 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 jan. 2012, p. 1.

⁹¹ *Ibid.*, *loc. cit.*

⁹² *Id.* Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**. Seção 1. Brasília, 24 set. 1999, p. 1.

⁹³ *Id.* Lei n. 10.424, de 15 abr. 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

disposto no capítulo VI da Lei n. 8.080/90; iii) Lei n. 11.108/2005⁹⁴, que trata sobre o sistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, capítulo VII da Lei n. 8.080; iv) Lei n. 12.401, de 12 de abril de 2011⁹⁵, que incluiu o capítulo VIII da Lei n. 8.080/90, tratando sobre a assistência terapêutica e da incorporação de tecnologia em saúde, v) Lei n. 12.466, de 24 de agosto de 2011⁹⁶, que incluiu alguns dispositivos do capítulo III da Lei n. 8.080, reconhecendo as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como foro de negociação e pactuação entre gestores, e também o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento (art. 14-B da Lei n. 8.080/90); vi) Lei n. 12.895, de 18 de dezembro de 2013⁹⁷; “vii) Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012⁹⁸, que 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”⁹⁹; viii) Lei n. 13.097, de 2015¹⁰⁰, regula os casos em que é

funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 abr. 2002, p. 1.

⁹⁴ BRASIL. Presidência da República. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**. Seção 1. Brasília, 8 abr. 2005, p. 1.

⁹⁵ *Id.* Lei n. 12.401, de 12 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 81. Brasília, 29 abr. 2011, p. 1.

⁹⁶ *Id.* Lei n. 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 164. Brasília, 25 ago. 2011, p. 1.

⁹⁷ *Id.* Lei n. 12.895, de 18 de dezembro de 2013. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, obrigando os hospitais de todo o País a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 246. Brasília, 19 dez. 2013, p. 1.

⁹⁸ *Id.* Lei Complementar n. 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 jan. 2012, p. 1.

⁹⁹ *Ibid.*, *loc. cit.*

permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde – traz a redação do art. 23, Título III, capítulo I, dos serviços privados de assistência à saúde¹⁰¹; ix) Lei n. 13.427/2017¹⁰², traz a redação o art. 7º, inciso XIV, da Lei n. 8.080/90, a seguir : trata da organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei n. 12.845, de 1º de agosto de 2013¹⁰³; x) Lei n. 14.021/2020¹⁰⁴, altera a redação do art. 19 do capítulo V que trata sobre o sistema de atenção à saúde indígena; xi) Lei n. 14.141, de 2021¹⁰⁵, que inclui a redação do § 1º, 2º e 3º do art. 16, Seção II, que trata sobre a competência do SUS; xi) Lei n. 14.313, de 2022, “altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre os processos de incorporação de tecnologias ao Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a utilização, pelo SUS, de medicamentos cuja indicação de uso seja distinta daquela aprovada no registro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)”.¹⁰⁶

Foram editados, depois, alguns Decretos, para facilitar a operacionalização e regulamentar as leis existentes, como o Decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994, que “dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, e dá

¹⁰⁰ BRASIL. Presidência da República. Lei n. 13.097, de 19 de janeiro de 2015. Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores. [...] e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 13. Brasília, 20 jan. 2015, p. 1.

¹⁰¹ *Id.* Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 182. Brasília, 20 set. 1990, p. 18055.

¹⁰² *Id.* Lei n. 13.097, de 19 de janeiro de 2015, *op. cit.*, *loc. cit.*

¹⁰³ BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, *op. cit.*

¹⁰⁴ *Id.* Lei n. 14.021, de 7 de julho de 2020. Dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas; cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas; estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento à Covid-19; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a fim de assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 129. Brasília, 8 jul. 2020, p. 1.

¹⁰⁵ *Id.* Lei n. 14.141, de 19 de abril de 2021. Altera o art. 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre a remessa de patrimônio genético ao exterior em situações epidemiológicas que caracterizem emergência em saúde pública. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 173. Brasília, 20 abr. 2021, p. 1.

¹⁰⁶ *Id.* Lei n. 14.313, de 21 de março de 2022. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre os processos de incorporação de tecnologias ao Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a utilização, pelo SUS, de medicamentos cuja indicação de uso seja distinta daquela aprovada no registro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **Diário Oficial da União**. Ed. 55, Seção 1, Brasília, 22 mar. 2022, p. 1.

outras providências”.¹⁰⁷ O Decreto n. 1.651, de 28 de setembro de 1995, que “regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.”¹⁰⁸ São muitos os Decretos até o presente momento publicados, os quais são mencionados à medida que for necessário no decorrer deste trabalho.

Afora, toda a legislação ordinária e complementar já citada, também se faz necessário tratar das Emendas Constitucionais que alteraram alguns dispositivos do capítulo sobre a Seguridade Social, na Constituição Federal de 1988, a seguir: i) a Emenda Constitucional n. 29 de 13 de setembro de 2000 que “alterou os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta art. ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde”¹⁰⁹; ii) a EC n. 51, de 14 de fevereiro de 2006, que “acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal”, estabelece a contratação dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias por estados, Distrito Federal ou municípios¹¹⁰; iii) EC n. 63, de 4 de fevereiro de 2010, que “altera o § 5º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre piso salarial profissional nacional e diretrizes para os Planos de Carreira de agentes comunitários de saúde e de agentes de combate às endemias”¹¹¹; iv) a EC n. 86, de 17 de março de 2015 que altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução das emendas individuais ao projeto de lei orçamentária¹¹²; v) EC n. 20 de 1998, “modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências”¹¹³; vi) EC n. 103, de 12 de novembro de 2019, tratou da Emenda que reformou o sistema de previdência social, apesar de

¹⁰⁷ BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1. Brasília, 31 ago. 1994, p. 13093.

¹⁰⁸ *Id.* Decreto n. 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 29 set. 1995, p. 15196.

¹⁰⁹ *Id.* Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v. 1). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf> Acesso em: 07 abr. 2022.

¹¹⁰ *Id.* Presidência da República. Emenda Constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006. Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. **Diário Oficial da União**. ISSN Brasília, 15 fev. 2006, p. 1.

¹¹¹ *Id.* Emenda Constitucional n. 63, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o § 5º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre piso salarial profissional nacional e diretrizes para os Planos de Carreira de agentes comunitários de saúde e de agentes de combate às endemias. **Diário Oficial da União**. Brasília, 05 fev. 2010, p. 1.

¹¹² *Id.* Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 52. Brasília, 18 mar. 2015, p. 1.

¹¹³ *Id.* Emenda Constitucional n. 20, de 15 de dezembro de 1998. Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 dez. 1998.

não ter relação com a saúde, pela importância do instrumento normativo, é pertinente sua menção^{114, 115}; vii) EC n. 95/2016 – trata-se da emenda que instituiu o novo regime fiscal no âmbito do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social, alterou o Ato das Disposições Transitórias vigorando por 20 exercícios financeiros.¹¹⁶

Segundo trecho obtido da Coleção de estudos sobre gestão do SUS, realizado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde:

A LC n. 141/2012²² 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 três esferas de governo, foi regulamentada pelo Decreto n. 7.827, de 16 de outubro de 2012²³, que estabelece os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, e dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a LC n. 141/2012.¹¹⁷

A despeito da vasta legislação sobre o SUS, ainda assim ela foi desdobrada, ao longo do tempo, em portarias publicadas pelo Ministério da Saúde e em resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), onde tais resoluções são discutidas e aprovadas tendo em vista a operacionalização do SUS.

1.4.2.1 Objetivos, princípios e diretrizes do SUS

1.4.2.1.1 Objetivos do SUS

“O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão

¹¹⁴ BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional n. 103, de 12 de novembro de 2019. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 220. Brasília, 13 nov. 2019, p. 1.

¹¹⁵ *Id.* Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v. 1). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf> Acesso em: 07 abr. 2022, p. 17.

¹¹⁶ *Id.* Presidência da República. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Ed. 241, Seção 1. Brasília, 16 dez. 2016, p. 1.

¹¹⁷ *Id.* Conselho Nacional de Secretários de Saúde, *op. cit.*, p. 22.

arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país”.¹¹⁸

Quando pensamos nos objetivos da saúde, pensamos, lamentavelmente, no tratamento das pessoas doentes, porém nos esquecemos de que o maior objetivo da saúde é impedir que as pessoas adoeçam, ou seja, trata-se muito mais de pensar no seu papel preventivo do que curativo. Quando analisamos a legislação infraconstitucional e demais normas constitucionais, verificamos que o SUS desempenha todas essas funções, promove ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, como dispõe o art. 196 da CF/88.¹¹⁹

No mesmo sentido, o art. 198 da CF/88 veio a sedimentar o desenho das políticas públicas em saúde e o papel atuante dos entes federados no sentido a seguir: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes [...] II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; [...]”, em seguida há o art. 200 da CF/88, que determina as atribuições do SUS.¹²⁰

A Lei n. 8.080/90, ao regulamentar os dispositivos constitucionais de saúde, preocupou-se em determinar as funções e os objetivos do SUS, em seu art. 2º, § 1º¹²¹;

¹¹⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Brasília, 11 maio 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/sus-estrutura-principios-e-como-funciona>. Acesso em: 07 abr. 2022.

¹¹⁹ “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (*id.* Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**. Brasília, 05 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 nov. 2021).

¹²⁰ “Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:
I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)
VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.”

¹²¹ “Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (*ibid.*)

conforme a redação do mencionado art., o Estado tem o dever de promover saúde, por meio de ações que visem a reduzir os riscos de doenças e de outros agravos, estabelecendo condições igualitárias para sua promoção, proteção e recuperação.

Desse modo, “Finalmente, o SUS tem que se dedicar às ações de assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde”¹²².

Mas o que se entende por promover, proteger e recuperar a saúde? Segundo o Glossário do Ministério da Saúde, trata-se do

[...] processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

Mais comumente, dizemos que promover a saúde é trabalhar nas causas do adoecer, com participação efetiva das pessoas como sujeitos e atores de sua própria vida e saúde. Proteção à saúde é o campo da saúde que trabalha com os riscos de adoecer. As medidas diretas, como as vacinas, exames preventivos, uso do flúor na água ou associado à escovação etc. Recuperação da saúde é cuidar daqueles que já estejam doentes ou tenham sido submetidos a todo e qualquer agravo à saúde. É a ação mais evidente dos serviços de saúde. Somos, infelizmente, tendentes a reduzir a ação do setor saúde a essa área.¹²³

Além dessas, também pode-se citar as funções de regular, fiscalizar, controlar e executar. Deve-se lembrar, como já exaurido acima, que a regulação do SUS inicia-se na CF/88, depois estende-se às normas infraconstitucionais como as leis n. 8.080/90 e 8.142/90, a partir das quais surgem as regulamentações menores, por meio de Decretos, Portarias, Resoluções. Ao SUS cabe regular o sistema de prestação de serviço contendo as ações de regulação de atenção à saúde, regulação de acesso à assistência, regulação assistencial¹²⁴, garantindo acesso aos serviços de saúde segundo os princípios do SUS, prezando em assegurar a eficiência do Sistema.

As funções de fiscalização e controle estão previstas na CF/88 e na Lei n. 8.080/90, art. 6º.¹²⁵ Essas funções, pode-se dizer, estão relacionadas tanto ao controle interno quanto à

¹²² CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013, p. 11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>. Acesso em: 7 abr. 2022.

¹²³ *Ibid.*, p. 12..

¹²⁴ SCHILLING, C. M.; REIS, A. T.; MORAES, J. C. (org.). **A política regulação do Brasil**. Brasília: OPAS, 2006 *apud* VILARINS, Geisa Cristina Modesto; SHIMIZU, Helena Eri; URDANETA GUTIERREZ, Maria Margarita. A Regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, v. 36 n. 95, p. 640-647, out./dez. 2012, p. 641.

¹²⁵ “Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

fiscalização da sociedade às instituições, estas, desempenhadas, por exemplo, pelos Conselhos de Saúde. A Lei n. 8.142/90 também trata do controle nos art. 1º, § 2º, quando atribui aos conselhos de saúde, em cada esfera de governo, por meio de seus gestores, o controle da execução das políticas de saúde nas instâncias correspondentes e também no que concerne ao controle dos gastos em saúde, dos recursos orçamentários voltados à consecução dos serviços sanitários (art. 4º, IV, da Lei n. 8.142/90), por meio da elaboração dos relatórios de gestão. Tudo isso para atingir uma gestão transparente, com participação popular por meio dos conselhos.

Por último, outro papel fundamental do SUS trata-se da sua função de execução das ações em saúde, dispostos na CF/88 e na Lei n. 8.080/90; são ações que incluem o individual e o coletivo voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os campos: “vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, alimentação e nutrição, saúde da pessoa portadora de deficiência e todos os procedimentos: consultas, exames, urgências, internações, cirurgias, transplantes, UTI” etc.¹²⁶

1.4.2.1.2 Princípios e diretrizes do SUS

Os Princípios e Diretrizes estão prelecionados no art. 7º da Lei n. 8.080/90¹²⁷, em que estão arrolados os princípios que denunciam o modo pelo qual o SUS foi instaurado no Brasil, sempre amparado pelas bases populares. Nesse sentido, a estruturação do SUS foi consubstanciada tomando como fulcro os anseios da população, do movimento sanitário; são

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.”

¹²⁶ CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013, p. 13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>. Acesso em: 7 abr. 2022.

¹²⁷ BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 182. Brasília, 20 set. 1990, p. 18055.

diversos os princípios e para melhor organizá-los os dividimos em duas partes: i) os que representam a base do sistema; e ii) os que orientam sua organização em todo o país.

O princípio da Universalidade encontra-se no art. 196 da CF/88: “saúde é direito de todos e dever do Estado”. Tomando como posição nuclear a lógica do conceito de estado e de bem-estar Social trazidos por Beveridge, a intenção do constituinte foi deixar claro que a saúde pública é prestada de forma não onerosa a todos pelo Estado e que não se trata de um favor, mas da simples conquista social ao longo da história. Se, antes, serviços de saúde eram prestados pelas caixas de assistências somente aos trabalhadores, beneficiados, contribuintes, agora todas as pessoas que estiverem no Brasil terão direito à assistência.

Em outras palavras, o SUS não pode discriminar quem tem direitos: nem discriminação positiva, nem negativa.¹²⁸

Com relação ao princípio da Integralidade, este deve ser visto sob dois prismas: a integralidade vertical e a integralidade horizontal. A integralidade vertical nasce da premissa de se reconhecer o ser humano como um todo; sendo assim, ele precisa ser atendido por um sistema de saúde que dê conta desse todo; já a integralidade horizontal trata do ser humano integrado à comunidade. Pode-se afirmar que este princípio está prelecionado no art. 198, II, da CF/88.¹²⁹

Por equidade, entende-se como a equidade adjetivada pela justiça, em que buscamos tratar diferentemente os diferentes (equidade vertical) e igualmente os iguais (igualdade horizontal). No SUS, as diferenças são admissíveis somente por necessidade de saúde, ou seja, o SUS não pode diferenciar pelo estado de carência da pessoa; somente pode priorizar medicamentos, tratamentos por carência de saúde.¹³⁰ Em outras palavras, o SUS, por mais que seja universal, esteja disponível a todos, não garante tratamento, ações de saúde para todos, a não ser que surja a necessidade de saúde. Há, então, uma diferenciação: todas as pessoas têm direitos a um determinado tratamento, mas não significa dizer que o SUS precise estar pronto para o atendimento desse serviço a toda a população brasileira; o tratamento é concedido à medida do surgimento das necessidades.

Além desses princípios, pode-se citar outros: i) intersetorialidade, ii) direito à informação, iii) autonomia das pessoas, iv) resolutividade. A intersetorialidade trata-se do

¹²⁸ CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>. Acesso em: 7 abr. 2022.

¹²⁹ “Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; [...]”

¹³⁰ CARVALHO, Gilson, *op. cit.*, p. 14.

princípio de pensar saúde não só como ações curativas, ligadas à recuperação de doenças, mas também preventivas; deve-se levar em consideração os fatores condicionantes, determinantes, como meio ambiente, moradia, saneamento. Em outras palavras, “enquanto fenômeno ampliado, a saúde depende da articulação que é produzida entre seus diversos determinantes, tais como condições de vida, de trabalho, do meio ambiente, da cultura, entre outros”¹³¹.

O direito à informação diz que o usuário tem direito a receber informações claras, objetivas e compreensivas a respeito do seu estado de saúde, por meio de ações de saúde humanizadas e voltadas ao estabelecimento de um processo de comunicação claro.¹³²

O princípio da resolutividade consiste na capacidade de resolver problemas do SUS. “O princípio da resolutividade é definido como a exigência de que, quando um indivíduo busca atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua complexidade”¹³³.

Ademais, concernente aos princípios-base, tem-se a autonomia das pessoas. Aqui a autonomia se completa quando condicionada ao acesso à informação; trata-se da preservação da liberdade de decisão do paciente.¹³⁴

Por fim, e igualmente importantes, tem-se os princípios e diretrizes organizativas do SUS, encontrados na CF/88 e na Lei n. 8.080/1990, dentre os quais os principais são: i) Regionalização e Hierarquização, ii) Descentralização e Comando Único e iii) Participação Popular.

A Descentralização consubstancia-se como uma diretriz, princípio; está designada como diretriz na CF e como princípio na Lei n. 8.080/1990. Segundo o Ministério da Saúde, consiste na

[...] redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federados, com base no entendimento de que o nível central, a união, só deve executar aquilo que o nível local, municípios e estados, não podem ou não

¹³¹ NARVAI, Paulo Capel; FRAZÃO, Paulo. Práticas de saúde pública. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão; RIBEIRO, Helena (ed.). **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008, p. 269-295 *apud* GARCIA, Leandro Martin Totaro *et al.* Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 966-980, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140083>. Acesso em: 7 abr. 2022.

¹³² LEITE, Renata Antunes Figueiredo *et al.* Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 51, p. 661-672, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0653>. Acesso em: 7 abr. 2022.

¹³³ TORRES, Lilian Machado *et al.* Significado atribuído por trabalhadores da saúde de Belo Horizonte-MG ao princípio da resolutividade nas ações cotidianas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 5, p. 822-828, 2012, p. 14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000500016>. Acesso em: 7 abr. 2022.

¹³⁴ *Ibid.*, p. 15.

conseguem. A gestão do SUS passa a ser responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios, agora entendidos como os gestores do SUS.¹³⁵

A descentralização do sistema e serviços públicos nos Brasil iniciou-se na década de 1990 e representou importante avanço na construção do SUS; tal processo foi reconhecidamente impulsionado pelo Ministério da Saúde por meio da edição de sucessivos instrumentos normativos, as NOBS, editados a partir de 1991.¹³⁶ Nota-se que a gestão do SUS passou a ser competência da União, dos Estados e dos Municípios. Tal descentralização tem foco na municipalização, regiões técnicas organizadas pelos municípios com a cooperação dos Estados e da União, isto é, transfere-se aos municípios, por estarem mais próximos das necessidades locais, a ingerência quanto às medidas a serem adotadas, bem como às de ordem financeira; enfim, muitas são as críticas, uma vez que se discute que a descentralização trouxe a desresponsabilização da União de empenhar menos recursos à saúde, deixando o ônus aos Estados e Municípios.

O princípio da direção única trata-se de uma complementação da Descentralização e está determinado no inciso I do art. 198 da CF/88, em breves considerações: em cada esfera de governo, existe um comando único, exercido por um gestor, por exemplo, nos Estados; será exercido pelo governador e secretários da saúde, na União, o presidente e o ministério da saúde e assim para os municípios, prefeitos e secretários municipais da saúde.¹³⁷

Atinente ao tema, foi citado pelo sítio eletrônico do Ministério da Saúde o princípio da regionalização e hierarquização. As ações e serviços de saúde necessitam ocorrer de forma regionalizada e hierarquizada; os serviços devem se complementar numa associação permanente entre os mais simples e mais complexos, e não se pode alocar todos os serviços em todos os lugares.¹³⁸ Ações e serviços em saúde, segundo o Decreto 7.508/2011¹³⁹, que regulamenta a lei Orgânica da Saúde, e o art. 198 da CF/88 devem estar organizados a partir de regiões, delimitadas desde o Federal até o Municipal, passando pelo Estadual, numa rede que garanta ao cidadão acesso aos serviços disponibilizados; assim, nem todos os serviços

¹³⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. **Tesouro Eletrônico**. Brasília, 2022, s.v. *Descentralização*. Disponível em: <http://bvsm2.saude.gov.br/cgi-bin/multites/mtwkd.exe?k=default&l=60>, Acesso em: 7 abr. 2022.

¹³⁶ SPEDO, Sandra Maria; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1781-1790, ago. 2009, p. 1781.

¹³⁷ CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013, p. 16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>. Acesso em: 7 abr. 2022.

¹³⁸ *Ibid.*, p. 17..

¹³⁹ BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 123. Brasília, 29 jun. 2011, p. 1-3.

serão prestados pelos municípios, mas serão prestados por uma rede hierarquizada entre todos os entes federados, desde os mais básicos aos mais complexos. Caso um serviço não seja prestado por determinado centro, cabe ao sistema encaminhá-lo para outro que o contemple.¹⁴⁰

A Participação Popular trata-se da garantia constitucional de que a comunidade participará, por meio dos Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde (art. 198 da CF/88 e Lei n. 8.142/90, art. 1º), do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todas as esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal), inclusive no que diz respeito ao financiamento do SUS, que também contará com a participação e toda a sociedade (art. 195 da CF/88).

1.5 Saúde suplementar, planos e seguros de saúde

O Sistema de Saúde Brasileiro é composto pelo setor público e privado. O público consiste no Sistema Único de Saúde, e o privado, no sistema de Saúde Suplementar e o liberal clássico, composto por serviços particulares autônomos.¹⁴¹

A saúde suplementar está prevista na Constituição Federal no art. 199 da CF/88.¹⁴² O art. 197 da Carta Constitucional trata como de “relevância pública” “as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e, também por pessoa física ou jurídica de direito privado”; analisando o conteúdo de ambos os dispositivos, entendemos que, ao mesmo tempo em que a iniciativa privada é livre para fornecer ações e serviços de saúde, tal atuação, que é de relevância pública, deve ser

¹⁴⁰ BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **O SUS e a efetivação do Direito Humano à Saúde**: Controle Social. 2. ed. Passo Fundo, RS: CNS, 2020, p. 70. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-943883>. Acesso em: 06 abr. 2022.

¹⁴¹ *Id.* Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v. 1). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf> Acesso em: 07 abr. 2022, p. 6.

¹⁴² “Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.”

delimitada pelo poder público nas situações definidas nos §§ 2º e 4º da CF/88.¹⁴³ Isso significa dizer que as empresas privadas, quando desempenharem a função de relevância pública, como o atendimento, ações e serviços de saúde, estarão compreendidas pelo guarda-chuva regulatório do SUS e deverão obedecer, portanto, às diretrizes estipuladas no art. 196 da CF/88 (diretrizes gerais), bem como às diretrizes específicas (art. 198 da CF/88). A aplicação do art. 196 à iniciativa privada em saúde, qual seja, de prestar acesso universal e igualitário, também é reforçada pelo art. 32 da Lei n. 9.656 /1998¹⁴⁴, que trata sobre o

[...] ressarcimento pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Vários objetivos provêm dessa norma, como (i) evitar que a rede pública sirva de suporte “indireto” às operadoras privadas de saúde, incentivando o desenvolvimento de um setor privado eficiente, autossustentável econômica e financeiramente, que mantenha uma estrutura de serviços compatível com a demanda de seus usuários, ampliando de forma efetiva o acesso à saúde; ii) garantir que o maior número de cidadãos brasileiros tenha acesso às ações e serviços públicos de saúde, principalmente a parcela da população que não possui plano de saúde; iii) organizar uma rede de dados e informações sobre serviços públicos fornecidos a usuários de planos de saúde com a finalidade de aprimorar constantemente a regulamentação, a fiscalização e o controle das operadoras de planos de saúde.¹⁴⁵

1.6 Normas constitucionais sanitárias estruturantes

A Carta Magna de 1988 consiste numa constituição dirigente, isto é, estabelece normas programáticas, traça uma diretriz no mundo do dever-ser, por meio de suas normas-princípios e regras, de ações estatais e sociais, no que diz respeito à concretização da saúde. A

¹⁴³ BODRA, Maria Eugênia Ferraz do Amaral; DALLARI, Sueli Gandolfi. A saúde e a iniciativa privada na Constituição Federal de 1988: princípios jurídicos. **Revista de Direito Sanitário**, v. 20, n. 3, p. 240-260, 2020, p. 253. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i3p240-260>. Acesso em: 20 abr. 2022.

¹⁴⁴ BRASIL. Presidência da República. Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 105. Brasília, 4 jun. 1998, p. 1.

¹⁴⁵ *Ibid.*, *loc. cit.*

Constituição de 88 inaugura uma nova ordem econômica e social, centrada na proposta de um estado de bem-estar social.¹⁴⁶

Pois bem, dito isso, brevemente, a seguir explanado, os dispositivos centrais da saúde pública no Brasil: i) art. 6º da CF/88 que trata o direito à saúde como direito social e, portanto, para sua efetivação, faz-se necessária sua promoção por políticas públicas; ii) art. 194 da CF/88, que ratifica esse entendimento, quando conceitua a seguridade social, da qual a saúde faz parte, como um conjunto de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade; iii) art. 196 da CF/88, em que se verifica que a saúde foi disposta como um direito de todos e dever do Estado, por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença, acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Essas ações serão desempenhadas pelo Sistema Único de Saúde (art. 198 da CF/88).

Nesse passo, percebe-se que a Constituição Federal dispõe um eixo central de objetivos, diretrizes sanitárias, que serão regulamentados pela legislação infraconstitucional.

Ademais, em função do tema do próximo capítulo, é mister tratar sobre os dispositivos que dizem respeito ao financiamento, custeio do direito em tela, precipuamente o art. 195 da CF/88, que diz que a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes da União, Estados, do Distrito Federal e Municípios, bem como arrola as contribuições sociais que serão destinadas à seguridade social.

1.7 Conclusão

Em face de tamanha importância em torno da temática do direito sanitário, das políticas públicas em saúde adotadas no Brasil, e mediante a situação de crise na qual ela se apresenta, de cunho principalmente orçamentário, como está analisado nos próximos capítulos, é imprescindível que sejam declinados ao tema estudos focados na busca de soluções e na análise jurídica dos dispositivos sanitários, constitucionais, bem como da legislação ordinária, por meio da conjunção de esforços interdisciplinares em prol dos avanços dessa ciência.

Neste capítulo, lançou-se os preceitos basilares para melhor entendimento do assunto que apresentamos na sequência, que trata das questões correlatas ao financiamento das

¹⁴⁶ TOJAL, Sebastião Botto de Barros. A Constituição dirigente e o direito regulatório do Estado social: o direito sanitário. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Direito sanitário e saúde pública**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 22-38, p. 29.

políticas públicas de saúde, bem como provoca um juízo de constitucionalidade a respeito dos gastos tributários em saúde.

A saúde sofreu alteração conceitual ao longo da história; passou por uma grande evolução, desde seu conceito inicial, como um estado de simples ausência de doença, até a atualidade, sendo considerada um direito humano, internalizado pelo sistema jurídico brasileiro como um direito humano social, fundamental, quando da ratificação de tratados internacionais de direitos humanos. Apesar de compor o rol dos direitos fundamentais da CF/88 é mister entender que a aplicação imediata precisa ser acompanhada de uma ação do Estado e de toda a sociedade.

Segundo Sueli Dallari, o direito sanitário trata-se de um “conjunto de normas jurídicas que têm por objeto a promoção, prevenção e recuperação da saúde de todos os indivíduos que compõem o povo de determinado Estado, compreendendo, portanto, ambos os ramos tradicionais em que se convencionou dividir o direito: o público e o privado”¹⁴⁷.

O direito em tela tem vasta previsão constitucional e infraconstitucional (legislação ordinária e instrumentos regulatórios administrativos, como decretos, portarias, resoluções), estabelecendo normas-princípios e regras que norteiam a aplicação dos serviços em saúde no Brasil.

¹⁴⁷ DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito Sanitário. *In*: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Organizador: Márcio Iorio Aranha. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 39-61, p. 48.

2 O PROCESSO DE (SUB)FINANCIAMENTO DO SUS

2.1 Introdução

Neste capítulo, são abordados conceitos de Federalismo Fiscal Sanitário, por meio do detalhamento da distribuição de competências à luz dos dispositivos constitucionais e legais, para entender-se como tal repartição de competência e custeio do SUS contribuíram para a situação de enfraquecimento e esvaziamento do orçamento da Seguridade Social. Foi feito breve exame da situação atual concernente ao federalismo fiscal. Para tanto, analisou-se o impacto das sucessivas Emendas Constitucionais no Orçamento Federal da saúde, que mitigou a participação da União no setor. Não foi de interesse desse capítulo realizar análises críticas a respeito das decisões prolatadas pela Suprema Corte em tempos de Covid-19, bem como tecer opiniões sobre o posicionamento de alguns autores quanto à situação de (sub)financiamento do SUS. Após análise da origem dos recursos do SUS, foi analisada a forma de repasse intergovernamental desses recursos.

2.2 Aspectos do Federalismo Cooperativo na repartição de receitas e competência dos entes federados

2.2.1 Aspectos do Federalismo Cooperativo no âmbito da saúde

A ideia de Federação associou-se desde 1988 com a limitação ao poder centralizador dos Estados, funcionando, dessa forma, como elemento assegurador da democracia, razão pela qual no art. 60, § 4º, da CF/88, a forma federativa de Estado foi erigida à cláusula pétrea, ou seja, não é passível de modificação, alteração; não pode ser modificada mediante Emenda Constitucional.¹⁴⁸

O art. 18 da Carta Magna expressamente determinou em seu *caput* que “A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição”.

Nesse sentido, resta claro que os entes federados são dotados de autonomia, sendo que no caso do Distrito Federal são-lhe atribuídas as competências legislativas reservadas aos

¹⁴⁸ BARBUGIANI, Luiz Henrique Sormani. O direito sanitário no federalismo brasileiro: da legalidade da edição de normas sanitárias pelas diversas esferas de poder e a inexistência de conflito entre elas. **Revista de Direito Sanitário**, v. 7, n. 1-3, p. 88-110, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v7i1-3p88-110>. Acesso em: 20 abr. 2022, p. 92.

Estados e Municípios. O vocábulo *autonomia* deriva do grego *autos* (si próprio) e *nemein* (governar), significando, do ponto de vista etimológico, governar a si próprio.¹⁴⁹

Em um Estado federal (federação) como o brasileiro, a autonomia de cada ente federado pode ser compreendida como política, administrativa, legislativa e judiciária. Política, o que implica que os governantes de cada unidade são eleitos por representantes de cada território, e não pelo poder central. Por Autonomia administrativa entende-se o fato de que cada estado-membro pode estruturar-se de forma própria para organizar as atividades estatais. Por último, a autonomia legislativa consiste na capacidade dos entes federados em estabelecerem suas próprias normas, legislação.

Conforme leciona Sacha Calmon: a) a autonomia administrativa consiste no poder de ter administração executiva própria; b) autonomia judiciária, configurada na existência de um aparato jurisdicional próprio; c) autonomia legislativa, consistindo no poder de produzir normas jurídicas; e d) autonomia política, que consiste no poder do ente de formar seu próprio governo.¹⁵⁰

Merece atenção a autonomia financeira dos Estados-membros, afinal, sem recursos para exercer as funções que lhe são atribuídas, toda e qualquer delegação de poder aos Estados-membros será ineficaz; de outro lado, dependeriam dos recursos oriundos do Poder Central para o atingimento de suas finalidades, conforme explicitam Onofre Batista Jr. e Marina Marinho:

Não há como falar em autonomia, requisito do princípio da subsidiariedade, e fundamental para permitir a participação em igualdade de consideração, sem “independência financeira”. Em outras palavras, não é possível exercer autonomamente os poderes políticos atribuídos sem suporte financeiro; da mesma forma, é impossível realizar qualquer projeto de governo sem os recursos necessários para tanto. Apenas é possível falar em autogoverno, auto-organização e autoadministração se houver recursos disponíveis para exercê-los. A dependência financeira destrói a autonomia de governo porque subordina a atuação de um ente ao auxílio do outro e tudo isso só ocorre na prática com o alinhamento das demais pessoas políticas às propostas do ente central.¹⁵¹

¹⁴⁹ MOREIRA, André Mendes. O Modelo de Federalismo Fiscal Brasileiro. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE ESTUDOS TRIBUTÁRIOS, 15., 5-8 dez. 2018, São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo: IBET, 2018. p. 21-54. Disponível em: <https://www.ibet.com.br/o-modelo-de-federalismo-fiscal-brasileiro-por-andre-mendes-moreira/>. Acesso em: 7 abr. 2022.

¹⁵⁰ COELHO, Sacha Calmon Navarro. **Comentários à Constituição de 1988**: Sistema Tributário. 10.^a ed. Rio de Janeiro: Forense, 2006, p. 23.

¹⁵¹ BATISTA JR., Onofre Alves; MARINHO, Marina Soares. A DRU e a deformação do sistema tributário nacional nestes 30 anos de Constituição. **Revista de Informação Legislativa – Senado Federal**, ano 55, n. 219, p. 27-52, jul./set. 2018, p. 29.

Em outras palavras, não há como um ente federado possuir autonomia sem possuir independência na obtenção de recursos para que possa cumprir com as finalidades constitucionais propostas.

Salienta-se que é dentro do contexto da temática da autonomia financeira de cada ente federado que se inclui o estudo do federalismo fiscal, bem como da repartição de receitas tributárias, que, conforme será explanado, consiste em assunto nuclear para a compreensão de como se dá a distribuição das receitas públicas voltadas ao custeio do SUS.

2.2.2 Competência material dos entes federados em Saúde Pública

Na esteira do que foi analisado no item anterior, no tocante à conceituação de *federalismo cooperativo*, percebe-se que o atual ordenamento jurídico constitucional brasileiro recepciona, no que diz respeito ao direito sanitário, a ideia da cooperação entre os entes políticos públicos, conferindo-os autonomia para legislar sobre determinados assuntos, entre eles a saúde, tomando como fulcro os dispositivos constitucionais e infraconstitucionais que são mencionados neste tópico, adiante.

Alexandre de Moraes entende que a repartição de competências será feita em consonância com o princípio da predominância do interesse:

Assim, pelo princípio da predominância do interesse, à União caberá aquelas matérias e questões de predominância do interesse geral ao passo que aos Estados referem-se as matérias do predominante interesse regional, e aos municípios concernem os assuntos de interesse local. Em relação ao Distrito Federal, por expressa disposição constitucional (CF, art 32, parágrafo 1º), acumulam-se em regra as competências estaduais e municipais com a exceção prevista no artigo 22, XVII, da Constituição Federal.¹⁵²

No caso da saúde, não se pode dizer que haja um interesse predominante de cada ente, haja vista que a saúde se trata de um interesse de todos, por isso não há como afirmar que a competência para legislar será de um só ente. Todos têm interesse em atingir um fim comum; disso decorre a divisão de competências concorrente, complementar, suplementar em matéria de saúde pública.

Antes de delimitar tais competências, vale destacar que elas não se encontram de modo claro na Constituição Federal, ao contrário do que ocorre com as repartições de competências e funções de cada ente para com a educação, por exemplo. No âmbito da saúde, tal menção será identificada, precipuamente, na legislação ordinária, especialmente na Lei

¹⁵² MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2002, p. 287.

Orgânica do SUS (Lei n. 8.080/1990). A constituição, de modo genérico, abordou que os serviços de saúde pública seriam prestados por meio do Sistema Único de Saúde, pela intervenção dos três entes federados, no que concerne, principalmente, à competência legislativa de cada um deles.¹⁵³

Dito isso, vale mencionar os art. 200 da CF/88, que versa sobre as funções, atribuições do Sistema Único de Saúde, no tocante à lembrança de que tais funções serão repartidas a cada um dos entes subnacionais. Ademais, no mesmo sentido tem-se o art. 198 da CF/88, que menciona as diretrizes do SUS, entre elas: i) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; ii) **descentralização, com direção única em cada esfera de governo**; e iii) participação da comunidade.

Além desses dispositivos, merecem citação a competência material comum (art. 23, inciso II, da CF/88¹⁵⁴), a competência legislativa concorrente (art. 24, inciso XII da CF/88¹⁵⁵), a competência dos Municípios (art. 30, II da CF/88¹⁵⁶).

Trata-se de função concorrente à União, Estados e Distrito Federal, a edição de normas de saúde, no tocante aos Municípios, o art. 30, II, traz a competência suplementar deles para legislar sobre saúde na ausência de regulamentação pelos outros entes, bem como de prestar, com participação, inclusive, financeira, os serviços de atendimento à saúde da população. Como mencionado alhures, quanto à função específica de cada ente, coube à Lei n. 8.080/90 regulá-las, do art. 16 ao 19.

O art. 16¹⁵⁷ traz as competências de responsabilidade da União. As estaduais estão dispostas no art. 17¹⁵⁸, que em suma trata sobre a função suplementar dos estados às normas

¹⁵³ PINTO, Élidea Graziane. **Financiamento do Direito à saúde e à educação** – uma perspectiva constitucional. Belo Horizonte: Fórum, 2015, p. 65.

¹⁵⁴ “Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência; [...]”

¹⁵⁵ “Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre: XII - previdência social, proteção e defesa da saúde.”

¹⁵⁶ “Art. 30. Compete aos Municípios: II - suplementar a legislação federal e a estadual no que couber; [...]”

¹⁵⁷ “Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição; II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente; b) de saneamento básico; e c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho; III - definir e coordenar os sistemas: a) de redes integradas de assistência de alta complexidade; b) de rede de laboratórios de saúde pública; c) de vigilância epidemiológica; e d) vigilância sanitária.”

¹⁵⁸ “Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

federais, prestando apoio técnico-financeiro aos municípios em prol da descentralização. As normas municipais encontram-se no art. 18¹⁵⁹ da referida Lei e compreendem as atividades diretas de gestão operacional do sistema.¹⁶⁰

Na esteira desse entendimento, Hely Lopes Meireles reconhece que os assuntos sanitários são regulados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, dado o alto grau de relevância pública da matéria e a organização do Sistema Único de Saúde:

No nosso sistema constitucional os assuntos de saúde e assistência pública ficam sujeitos à tríplice regulamentação federal, estadual e municipal, por interessar simultaneamente a todas as entidades estatais. É o que se infere do texto e do espírito da CF, nos termos do artigo 23, inciso II, que estabelece a competência executiva comum da União, dos Estados e Municípios, cabendo ressaltar que toda ação e todo serviço público de saúde deverão integrar um Sistema Único de Saúde – SUS, a ser organizado nos termos do artigo 198 a 200 da mesma Carta.¹⁶¹

Um exemplo disso é que, tanto nas Constituições Estaduais quanto nas Leis Orgânicas Municipais, há previsão dos Códigos Sanitários de Saúde Estaduais e Municipais, com clara manifestação da competência comum e concorrente dos Estados e Municípios para que se opere o perfeito funcionamento do SUS.¹⁶²

-
- b) de vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição; e
 - d) de saúde do trabalhador; [...].”

¹⁵⁹ “Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

- I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;
- III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- IV - executar serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição;
 - d) de saneamento básico; e
 - e) de saúde do trabalhador; [...].”

¹⁶⁰ PINTO, Élide Graziane. **Financiamento do Direito à saúde e à educação** – uma perspectiva constitucional. Belo Horizonte: Fórum, 2015, p. 67.

¹⁶¹ MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**. 28. ed. São Paulo. Malheiros, 2003, p. 138.

¹⁶² BARBUGIANI, Luiz Henrique Sormani. O direito sanitário no federalismo brasileiro: da legalidade da edição de normas sanitárias pelas diversas esferas de poder e a inexistência de conflito entre elas. **Revista de Direito Sanitário**, v. 7, n. 1-3, p. 88-110, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v7i1-3p88-110>. Acesso em: 20 abr. 2022, p. 98.

2.3 Panorama do financiamento público da saúde

2.3.1 Gasto público federal em saúde no Brasil e o comparativo internacional

A despeito da rica legislação em saúde pública construída com os anos e dos inúmeros avanços observados desde antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, os recursos inclinados ao custeio do SUS têm sido insuficientes para suportar um sistema universal de qualidade.¹⁶³

As estimativas de gastos em saúde no Brasil, segundo as dimensões do *System of Health Accounts* (SHA), proposto pela OCDE, partem de um conjunto de dados harmonizados que compõem registros administrativos de financiamento ou de pesquisa sobre o sistema de saúde brasileiro. A seguir são demonstrados os gastos públicos em saúde do Brasil padronizados para comparações internacionais.

Verifica-se, conforme a Tabela 1, que os gastos em saúde, a valores correntes no Brasil, passaram de R\$ 531,8 bilhões em 2015 para R\$ 710,4 bilhões em 2019.¹⁶⁴

Tabela 1 – Gasto em saúde segundo regimes de financiamento SHA 2011- Brasil (2015-2019) (Em milhões correntes).

Regimes de financiamento	2015	2016	2017	2018	2019
HF 1 – Governamentais e de seguro social obrigatório	231.470,66	247.761,30	260.701,30	272.948,12	290.392,14
HF 2 – Planos, seguros e outros regimes privados voluntários	155.486,37	175.978,58	191.476,69	205.404,41	221.237,07
HF 3 – Pagamento direto do bolso das famílias	129.550,45	140.378,16	152.613,17	164.572,94	176.753,24
Não identificados (HF 0)	15.243,21	10.717,61	18.936,05	19.998,95	22.044,91
Gasto total em saúde	531.750,68	574.835,65	623.727,21	662.924,43	710.427,37

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde.¹⁶⁵

Em valores *per capita*, o gasto total em saúde em valores correntes no período de 2015 a 2019 teve um crescimento de 29,3% em reais e de 13,3% em dólares em paridade de poder de compra (PPC), como demonstrado na tabela 2.

Tabela 2 – População, gastos *per capita* em saúde – Brasil (2015-2019)

¹⁶³ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v. 1). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf> Acesso em: 07 abr. 2022, p. 88.

¹⁶⁴ *Id.* Ministério da Saúde. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional**: conta SHA para Brasil, 2015 a 2019. Rio de Janeiro: IPEA, 2022, p. 29.

¹⁶⁵ *Ibid.*, p. 30.

Ano	População (IBGE)	Gasto em saúde <i>per capita</i> (R\$)	Gasto em saúde (US\$PPC) ⁵
2015	203.475.683	2.613,34	1.314,02
2016	205.156.587	2.801,94	1.313,56
2017	206.804.741	3.016,02	1.382,51
2018	208.494.900	3.179,57	1.428,29
2019	210.147.125	3.380,62	1.482,26

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde¹⁶⁶.

O gasto *per capita* médio brasileiro convertido em dólares PPC para 2019 foi de US\$ 1.482,00. Comparado com países europeus membros da OCDE, o gasto *per capita* médio foi de 3.829,00 dólares PPC. Os menores gastos dos 27 países foram os da Letônia (1.991,00 dólares PPC) e Romênia (1.924,00 dólares PPC). Como se pode verificar, o gasto *per capita* do Brasil, em dólar PPC, equivaleria a 39% da média dos países europeus da OCDE e a 77% do menor gasto de países europeus da OCDE. Quando comparado com dados de países da América Latina e Caribe disponíveis para 2017, o gasto *per capita* brasileiro figuraria acima da média da região (1.026,00 dólares PPC), mas abaixo dos países vizinhos Chile (2.182 dólares PPC), Uruguai (2.102,00 dólares PPC) e Argentina (1.907,00 dólares PPC).¹⁶⁷

A título de comparação, o crescimento real anual médio do gasto *per capita* registrado em países da OCDE, entre 2013 e 2019, foi de 3,0% a.a., um aumento bastante superior ao do período anterior (2008-2013), de 0,7% a.a. No Brasil, parece ter ocorrido o inverso: aumentos maiores no período de 2008-2013 em comparação ao período de 2013-2019.¹⁶⁸

Ademais, segundo consta no Portal da Transparência, foram empregados nos último 4 anos em saúde, pela União, os seguintes montantes: i) em 2021¹⁶⁹, foram executados R\$ 161,44 bilhões no setor da saúde; ii) em 2020¹⁷⁰, foram executados R\$ 150,46 bilhões; iii) em 2019¹⁷¹, R\$ 114,18 bilhões; iv) em 2018¹⁷², R\$ 108,18 bilhões.

Nos 4 anos mencionados, as cinco áreas que mais receberam recursos foram: i) assistência hospitalar e ambulatorial, ii) atenção básica, iii) administração geral, iv)

¹⁶⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional**: conta SHA para Brasil, 2015 a 2019. Rio de Janeiro: IPEA, 2022, p. 32.

¹⁶⁷ *Ibid.*, p. 31.

¹⁶⁸ *Ibid.*, *loc. cit.*

¹⁶⁹ BRASIL, Ministério da Saúde. Portal da Transparência. **Visão geral da distribuição por subárea (subfunção)**. Brasília: Datasus; SIOPS, 2020. Disponível em: <https://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2021>. Acesso em: 22 maio 2022.

¹⁷⁰ *Ibid.*

¹⁷¹ *Ibid.*

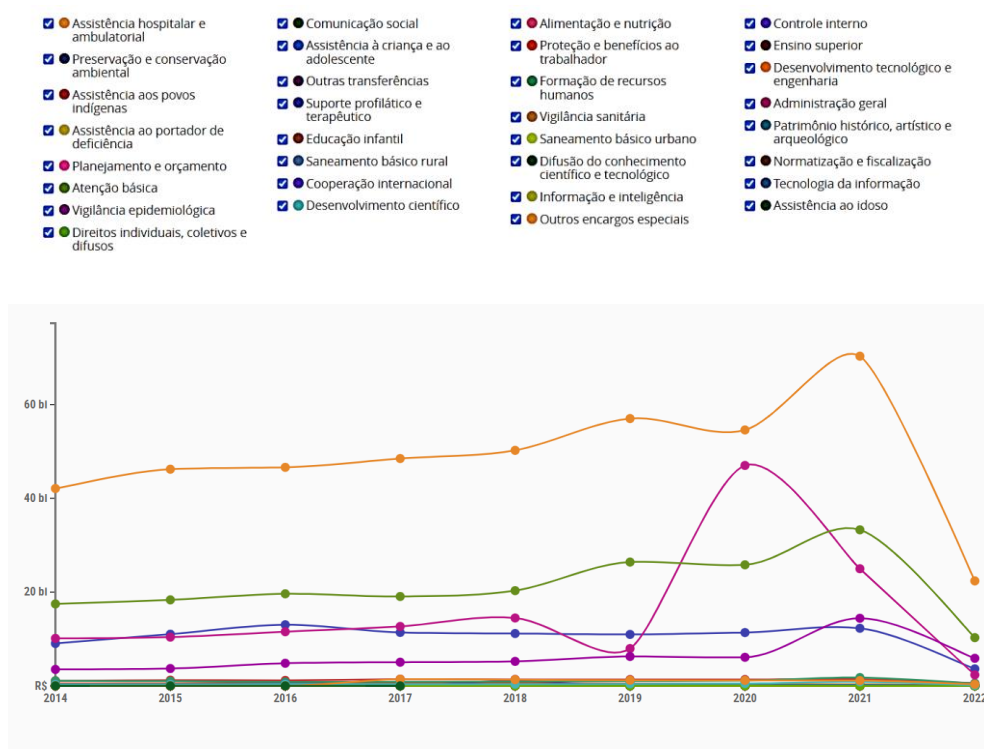
¹⁷² *Ibid.*

vigilância epidemiológica, v) suporte profilático e terapêutico, vi) outros. Como depreende-se do *site* do Portal Transparência, os maiores favorecidos foram os fundos municipais de saúde.

Em 2021¹⁷³, os estados brasileiros que mais receberam recursos, entre 2,84 bilhões e 74,05 bilhões, foram Rio Grande Sul, Paraná, São Paulo, Minas Gerais, Bahia, Rio de Janeiro, Ceará, Pernambuco e também o Distrito Federal. Desses, os que mais receberam foram Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo. Em 2020, foram São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, o que representou um total entre 6,11 bilhões e 65,09 bilhões.

A seguir, gráfico que representa linha evolutiva da execução de despesas nas diversas áreas de atuação de saúde.

Gráfico 1 – Evolução histórica da execução das despesas na área de educação de saúde.



Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde, DATASUS.¹⁷⁴

Constata-se, pelos resultados apresentados pelo Ministério da Saúde, que, entre 2014 e 2018, as despesas nas áreas de saúde arroladas mantiveram-se constantes, abaixo dos 20 bilhões de gastos em cada área. De 2019 a 2022, houve oscilações para maior. Ressalta-se os gastos com administração geral, que ultrapassaram os 40 bilhões de reais; o de atenção básica

¹⁷³ BRASIL, Ministério da Saúde. Portal da Transparência. **Visão geral da distribuição por subárea (subfunção)**. Brasília: Datasus; SIOPS, 2020. Disponível em: <https://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2021>. Acesso em: 22 maio 2022.

¹⁷⁴ *Ibid.*

sofreu um aumento para 33 bilhões; e o de assistência hospitalar e ambulatorial saiu de um patamar de investimento um pouco acima de 40 bilhões para um valor superior aos 60 bilhões. Depreende-se que muitos dos resultados verificados nos últimos anos ocorreram para dirimir os problemas de saúde ocasionados pela pandemia da COVID-19.

2.3.2 Cenário do SUS em tempos de Covid-19 – breves comentários

Não se pôde deixar de tratar sobre o enfrentamento da COVID-19 no que diz respeito, especialmente, à legislação produzida no âmbito federal, as quais abrangeram normativas infraconstitucionais e infralegais (atos administrativos) voltados para o SUS e para gestão do sistema. Foram analisadas as normas de maior impacto, bem como as decisões judiciais prolatadas pelo Supremo Tribunal Federal (STF), em função das inúmeras vezes em que a Corte Suprema foi acionada a fim de dirimir conflitos, os quais envolviam as normas produzidas para o enfrentamento da pandemia e o protagonismo da Corte na definição dos conceitos mínimos, sem traçar juízo de valor sobre se foram acertadas ou não.¹⁷⁵

A Organização Mundial da Saúde declarou em 30 de janeiro de 2020 que o surto da doença provocada pelo novo coronavírus caracterizava-se como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Depois, em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia; já estão confirmados, em outubro de 2020, 34.161.721 casos de COVID-19 e 1.016.986 mortes.¹⁷⁶

O Brasil promulgou, em 30 de janeiro de 2020, os Decretos n. 10.211¹⁷⁷ e n. 10.212¹⁷⁸, dispondo sobre o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII) e sobre o Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Segundo Fernanda Vargas Terraza¹⁷⁹, o GEI-ESPII tem a seguinte função:

¹⁷⁵ TERRAZAS, Fernanda Vargas. Legislação para enfrentamento da Covid-19. Leis e Atos Administrativos. In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (org.). **Competências e regras**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021, p. 248. (Coleção Covid-19; v. 3). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-3-competencias-e-regras/> Acesso em: 30 maio 2022.

¹⁷⁶ Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha informativa COVID-19** – Escritório da OPAS e da OMS no Brasil, 2020 Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19> *apud ibid., loc. cit.*

¹⁷⁷ BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 10.211, de 30 de janeiro de 2020. Dispõe sobre o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional - GEI-ESPII. **Diário Oficial da União**. Ed. 21-A, Seção 1, Extra. Brasília, 30 jan. 2020, p. 1.

¹⁷⁸ *Id.* Decreto n. 10.212, de 30 de janeiro de 2020. Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. **Diário Oficial da União**. Ed. 21-A, Seção 1, Extra. Brasília, 30 jan. 2020, p. 1.

¹⁷⁹ TERRAZAS, Fernanda Vargas, *op. cit., loc. cit.*

Propor, acompanhar e articular medidas de preparação e de enfrentamento das emergências em saúde pública de importância nacional e internacional; propor e acompanhar a alocação de recursos orçamentário-financeiros para execução das medidas necessárias em casos de emergências em saúde pública; estabelecer as diretrizes para a definição de critérios locais de acompanhamento da implementação das medidas de emergência em saúde pública de importância nacional e internacional; elaborar relatórios de situações de emergência em saúde pública de importância nacional e internacional e encaminhar aos Ministros de Estado dos órgãos representados.

Conforme a mesma autora, “O RSI tem o propósito de prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde”¹⁸⁰.

O Brasil decreta estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em 3 de fevereiro de 2020, devido à infecção humana pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), com a sanção pelo Presidente da República da Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020¹⁸¹, a qual dispõe sobre as medidas para enfrentamento desse vírus. A partir de então foram promulgados outros diversos instrumentos normativos, entre leis, medidas provisórias, decretos e normativos infralegais, que versaram sobre os mais variados temas, como: i) proibição de exportação de produtos de interesse para enfrentamento da doença no Brasil, ii) regras para utilização de telemedicina, iii) regras de proteção às comunidades indígenas, quilombolas entre outros.

A Lei n. 13.979/2020 trata do marco legal para enfrentamento da pandemia Covid-19 e foi alterada algumas vezes, por outras leis como: i) Lei n. 14.006/2020¹⁸² (“para estabelecer o prazo de 72 (setenta e duas) horas para que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) autorize a importação e distribuição de quaisquer materiais, medicamentos, equipamentos e insumos da área de saúde registrados por autoridade sanitária estrangeira e autorizados à distribuição comercial em seus respectivos países; e dá outras providências”); ii)

¹⁸⁰ TERRAZAS, Fernanda Vargas. Legislação para enfrentamento da Covid-19. Leis e Atos Administrativos. In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (org.). **Competências e regras**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021, p. 248. (Coleção Covid-19; v. 3). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-3-competencias-e-regras/> Acesso em: 30 maio 2022.

¹⁸¹ BRASIL. Presidência da República. Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 27. Brasília, 7 fev. 2020, p. 1.

¹⁸² *Id.* Lei n. 14.006, de 28 maio de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para estabelecer o prazo de 72 (setenta e duas) horas para que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) autorize a importação e distribuição de quaisquer materiais, medicamentos, equipamentos e insumos da área de saúde registrados por autoridade sanitária estrangeira e autorizados à distribuição comercial em seus respectivos países; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 102. Brasília, 29 maio 2020, p. 1.

Lei n. 14.019/2020¹⁸³ (“para dispor sobre a obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção individual para circulação em espaços públicos e privados acessíveis ao público, em vias públicas e em transportes públicos, sobre a adoção de medidas de assepsia de locais de acesso público, inclusive transportes públicos, e sobre a disponibilização de produtos saneantes aos usuários durante a vigência das medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da pandemia da Covid-19”); iii) Lei n. 14.023/2020¹⁸⁴ (“para determinar a adoção de medidas imediatas que preservem a saúde e a vida de todos os profissionais considerados essenciais ao controle de doenças e à manutenção da ordem pública, durante a emergência de saúde pública decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019”); iv) Lei n. 14.028/2020 (“para garantir que o receituário médico ou odontológico de medicamentos sujeitos a prescrição e de uso contínuo tenha validade pelo menos enquanto perdurarem as medidas de isolamento para contenção do surto da Covid-19, na forma que especifica”); v) Lei n. 14.035/2020 (“para dispor sobre procedimentos para a aquisição ou contratação de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019”).

Também houve a edição de medidas provisórias, bem como a edição e publicação de alguns decretos regulamentadores que normatizavam muitas das medidas sanitárias evocadas no período. Muitos deles tratavam sobre as atividades tidas como essenciais durante a pandemia (Decretos n. 10.282/2020¹⁸⁵ e n. 10.288/2020¹⁸⁶). Nesse sentido, o STF julgou a ADI n. 6.341¹⁸⁷, com base na qual o Presidente da República, de acordo com o inciso I, art. 198, da CF/88, poderá dispor sobre os serviços públicos e atividades essenciais, preservando a

¹⁸³ BRASIL. Presidência da República. Lei n. 14.019, de 2 de julho de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre a obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção individual para circulação em espaços públicos e privados acessíveis ao público, em vias públicas e em transportes públicos, sobre a adoção de medidas de assepsia de locais de acesso público, inclusive transportes públicos, e sobre a disponibilização de produtos saneantes aos usuários durante a vigência das medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da pandemia da Covid-19. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 126. Brasília, 3 jul. 2020, p. 1.

¹⁸⁴ *Id.* Lei n. 14.023, de 8 de julho de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para determinar a adoção de medidas imediatas que preservem a saúde e a vida de todos os profissionais considerados essenciais ao controle de doenças e à manutenção da ordem pública, durante a emergência de saúde pública decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 130. Brasília, 9 jul. 2020, p. 1.

¹⁸⁵ *Id.* Decreto n. 10.282, de 22 de março de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. **Diário Oficial da União**. Ed. 55-H, Seção 1, Extra. Brasília, 21 mar. 2020, p. 1.

¹⁸⁶ *Ibid., loc. cit.*

¹⁸⁷ *Id.* Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 6.341/DF**. Relator: Ministro André Mendonça. Julgamento: 15 abr. 2020. Órgão Julgador: Tribunal Pleno. Publicação: DJe, 16 abr. 2020.

atribuição de cada ente para dispor sobre o mesmo tema. A lei também dispõe sobre regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento da pandemia; regras excepcionais de licitação para aquisição de bens e serviços. Também versa sobre medidas que visam à proteção da coletividade (§ 1º, art. 1º, da Lei em comento), entre elas a determinação de realização compulsória de quarentena, isolamento, determinação de realização compulsória de exames médicos, testes laboratoriais, coletas de amostras clínicas, vacinação e outras medidas profiláticas, tratamentos médicos específicos (art. 3º, III, da Lei 13.979/2020). A Lei n. 14.019 /2020 incluiu o uso obrigatório de máscara e proteção individual, entre outras determinações explanadas no art. 3º da Lei n. 13.979/2020, todas elas tomadas pelas autoridades no âmbito de suas competências.¹⁸⁸ No tocante à questão da compulsoriedade da aplicação da vacina, tramitam as ADI n. 6.586¹⁸⁹ e 6.587¹⁹⁰ no STF, por meio do qual os Estados, Distrito Federal e Municípios solicitam a interpretação do art. 3º, III, da Lei em tela conforme reza a Constituição e que referido art. 3º seja declarado inconstitucional no sentido a impedir a compulsoriedade da vacina. Na ADPF n. 754, sobre o mesmo tema, a Suprema Corte entende por legítima a restrição de direitos expressa no item (i) para aqueles cidadãos que se recusarem a vacinar-se, tomando como justificativa a fundamentação pelo respectivo ente de critérios científicos que deem azo a tal medida.

(i) “a vacinação compulsória não significa vacinação forçada, por exigir sempre o consentimento do usuário, podendo, contudo, ser implementada por meio de medidas indiretas, as quais compreendem, dentre outras, a restrição ao exercício de certas atividades ou à frequência de determinados lugares, desde que previstas em lei, ou dela decorrentes”, esclarecendo, ainda, que (ii) “tais medidas, com as limitações expostas, podem ser implementadas tanto pela União como pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, respeitadas as respectivas esferas de competência”, dando ampla publicidade à retificação ora imposta. Determino, ainda, ao Governo Federal que se abstenha de utilizar o canal de denúncias “Disque 100” fora de suas finalidades institucionais, deixando de estimular, por meio de atos oficiais, o envio de queixas relacionadas às restrições de direitos consideradas legítimas

¹⁸⁸ Artigo 3º da Lei n. 13.979/2020 (BRASIL. Presidência da República. Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 27. Brasília, 7 fev. 2020, p. 1).

¹⁸⁹ *Id.* Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 6.586/DF**. Relator: Ricardo Lewandowski. Julgamento: 17 dez. 2020. Órgão Julgador: Tribunal Pleno. Publicação: DJe, 05 fev. 2020.

¹⁹⁰ *Id.* **Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 6.587/DF**. Relator: Ricardo Lewandowski. Julgamento: 17 dez. 2020. Órgão Julgador: Tribunal Pleno. Julgamento: DJe, 07 abr. 2021.

por esta Suprema Corte no julgamento das ADIs 6.586/DF e 6.587/DF e do ARE 1.267.879/SP.¹⁹¹

A ADI 6.362¹⁹², em que foi decidido pelo Tribunal que as decisões administrativas tomadas pelos estados, DF e municípios, concernente à aquisição de bens e serviços, não devem passar pela autorização do Ministério da Saúde, e sim devem fundamentar-se em evidências científicas e ser devidamente motivadas. O art. 3º, VI, também foi judicializado, discutido por meio da ADI n. 6.343¹⁹³; a redação original previa que a restrição temporária e excepcional por rodovias, portos e aeroportos, de entrada e saída do país, e para locomoção interestadual e intermunicipal deveria ocorrer conforme recomendação técnica e fundamentada da ANVISA. A referida ADI, por sua vez, retirou a necessidade, dos estados, DF e municípios, de autorização pelo ente federal, além do que também estaria permitida a restrição de locomoção interestadual e intermunicipal dos serviços e bens decretados pelo Presidente da República como essenciais.¹⁹⁴

Ainda assim, sublinha-se que a decisão da ADI 6.343 suspendeu parcialmente, sem redução de texto, o disposto nos art. 3º, §§ 6º e 7º, II, excluindo estados e municípios da necessidade de autorização do ente federal, desde que seja apresentado o respaldo técnico-científico.

Algumas das medidas que tratam sobre a transferência de recursos em tempos de pandemia são as Medidas Provisórias n. 924, 2020¹⁹⁵ (abriu “crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Educação e da Saúde, no valor de R\$ 5.099.795.979,00”); MP n. 938, de 2020¹⁹⁶ que “dispõe sobre a prestação de apoio financeiro pela União aos entes federativos

¹⁹¹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 754/DF**. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Julgamento: 21 mar. 2022 Órgão Julgador: Tribunal Pleno. Publicação: DJe, 23 jun. 2022.

¹⁹² *Id.* **Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 6.362/DF**. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Julgamento: 2 nov. 2020. Órgão Julgador: Tribunal Pleno. Publicação: DJe, 9 dez. 2020. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5886574>. Acesso em: 16 dez. 2020.

¹⁹³ *Id.* **Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 6.343/DF**. Relator: Ministro André Mendonça. Julgamento: 14 fev. 2022. Órgão Julgador: Tribunal Pleno. Publicação: DJe, 16 fev. 2022.

¹⁹⁴ *Id.* Supremo começa a julgar compartilhamento de dados de usuários de telefonia com o IBGE. **Notícias STF**. Brasília, 6 maio 2020. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=442823>. Acesso em: 14 dez. 2020.

¹⁹⁵ *Id.* Presidência da República. Medida Provisória n. 924, de 13 de março de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Educação e da Saúde, no valor de R\$ 5.099.795.979,00, para os fins que especifica. **Diário Oficial da União**. Ed. 50-B, Seção 1, Extra. Brasília, 13 mar. 2020.

¹⁹⁶ *Id.* Presidência da República. Medida Provisória n. 938, de 2 de abril de 2020. Dispõe sobre a prestação de apoio financeiro pela União aos entes federativos que recebem recursos do Fundo de Participação dos Estados - FPE e do Fundo de Participação dos Municípios - FPM, com o objetivo de mitigar as dificuldades financeiras decorrentes do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19). **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 64-B. Brasília, 2 abr. 2020, p. 1.

que recebem recursos do Fundo de Participação dos Estados – FPE e do Fundo de Participação dos Municípios – FPM, com o objetivo de mitigar as dificuldades financeiras decorrentes do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19)”). A MP n. 940, de 2020¹⁹⁷ perdeu a vigência em 30 de julho de 2020. A MP n. 941, de 2020¹⁹⁸ (abre “crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Educação, da Saúde e da Cidadania, no valor de R\$ 2.113.789.466,00, para os fins que especifica”). A MP n. 942/2020¹⁹⁹, convertida na Lei n. 14.033/2020, que “abre crédito extraordinário em favor da Presidência da República, do Ministério da Educação, do Ministério da Justiça e Segurança Pública e do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, no valor de R\$ 639.034.512,00 (seiscentos e trinta e nove milhões, trinta e quatro mil quinhentos e doze reais), para os fins que especifica”. Ademais, no mesmo sentido, tem-se as MPs: 947, 967, 969, 976, 989, 994, de 2020.

Há também outras portarias que disciplinam a distribuição de recursos advindos das MPs e LOs que estabelecem incentivos financeiros para algumas ações específicas, algumas das quais tratam da transferência de recursos para enfrentamento da Covid, de acordo com a regras de transferência intergovernamental entre os fundos, como: Portaria MS/GM n. 395, 430, 480, 545, 774, 1666, 1857, 1841, 2027, 2222, 2298, 2306, 2358, de 2020.²⁰⁰ Destaca-se que os instrumentos jurídicos citados são apenas alguns dos vigentes, publicados no ano de 2020, durante o período de combate à pandemia, e que não expressam a totalidade dos recursos federais gastos em saúde; houve outros serviços, habilitados com valores diferenciados, como novos leitos de UTI, suporte ventilatório pulmonar, centros comunitários para enfrentamento da Covid-19.

Nessa monta, resta notar alguns dados numéricos sobre o montante de recursos voltados ao setor. Em 2019, O Fundo Nacional de Saúde (FNS) contou com uma dotação

¹⁹⁷ BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória n. 940, de 2 de abril de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 9.444.373.172,00, para os fins que especifica. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 64-B, Edição Extra. Brasília, 2 abr. 2020, p. 2.

¹⁹⁸ *Id.* Medida Provisória n. 941, de 2 de abril de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Educação, da Saúde e da Cidadania, no valor de R\$ 2.113.789.466,00, para os fins que especifica. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 64-B, Edição Extra. Brasília, 2 abr. 2020, p. 2.

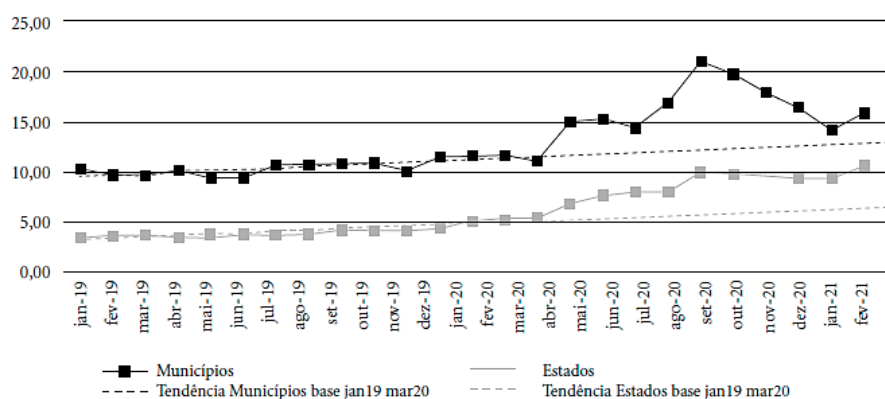
¹⁹⁹ *Id.* Medida Provisória n. 942, de 2 de abril de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor da Presidência da República e dos Ministérios da Educação, da Justiça e Segurança Pública, e da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, no valor de R\$ 639.034.512,00, para os fins que especifica. **Diário Oficial da União**. Ed. 64-B, Seção 1, Extra. Brasília, 2 abr. 2020.

²⁰⁰ TERRAZAS, Fernanda Vargas. Legislação para enfrentamento da Covid-19. Leis e Atos Administrativos. *In*: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (org.). **Competências e regras**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021, p. 248. (Coleção Covid-19; v. 3). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-3-competencias-e-regras/> Acesso em: 30 maio 2022.

orçamentária de R\$127, 19 bilhões, e com previsão de transferência aos entes subnacionais de R\$ 82 bilhões, sendo que 90,6% do valor foi executado (48,6% aos municípios, 16,7% aos estados, 31,1% foram aplicações diretas e o restante para outras modalidades de aplicação). Em 2020, a dotação orçamentária foi de R\$ 184,49 bilhões, com execução total em 80,8% (45,4% aos municípios, 16,1% aos estados e 50,8% aplicação diretas do Ministério da Saúde).²⁰¹

Concernente aos recursos extraordinários, verifica-se o seguinte:

Gráfico 2 – Saldo dos Repasses FNS-Brasil (R\$ bilhões) (SUS/2019-2020)



Fonte: Localiza SUS.²⁰²

A dotação orçamentária destinada à covid (créditos extraordinários) foi de R\$ 64,7 bilhões.

Foram executados 61,5%, sendo 36,4% destinados aos Municípios; 15,4% aos Estados; 22,8% aplicações diretas do MS; e o restante a outras modalidades. As transferências fundo a fundo foram realizadas a partir de março, atingindo o maior volume entre junho/2020 (R\$6,42 bilhões; 20%) e agosto/2020 (R\$9,12 bilhões; 28%).²⁰³

2.3.3 Orçamento público na Constituição

Para melhor compreensão sobre o assunto ao qual este tópico se propõe, mister esclarecer breves considerações a respeito do arcabouço teórico e normativo do orçamento público no Brasil.

²⁰¹ FALEIROS, Daniel Resende; PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. Saldos dos repasses federais no SUS: o que temos e o que esperar do incremento para a COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 11, p. 5639-5651, nov. 2021, p. 5642. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.13712021>. Acesso em: 1º jun. 2022.

²⁰² *Ibid.*

²⁰³ *Ibid.*, p. 5643.

O Orçamento Público, como um dos instrumentos de gestão do Estado, insere-se no conjunto de ações de planejamento das atividades estatais, relacionando-se com toda a variada gama de relações e interações que os órgãos e entes públicos estabelecem para a vida social em suas multifacetadas matizes. Após a segunda guerra mundial, por motivos que aqui não são exauridos, houve grande preocupação por parte dos Estados de garantir condições mínimas de dignidade à vida humana em que este é crescentemente demandado a dar respostas e gerir a vida social. O Orçamento Público é um dos instrumentos que se inserem nesse universo do planejamento público, que se perfaz com alocação de recursos e definição de metas prioritárias, segundo a capacidade de arrecadação do Estado e do programa político escolhido pelos eleitores, por meio da elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA), planos e diretrizes constantes do Plano Plurianual (PPA) e da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).²⁰⁴

Do ponto de vista técnico-contábil, o orçamento público é o planejamento e a execução dos gastos públicos de cada exercício financeiro, que compreende sempre o ano civil, consubstanciado por um programa de trabalho do governo, calculando os gastos e investimentos segundo os recursos e receitas estimadas.²⁰⁵

O Brasil adotou o “orçamento-programa” que resta regulado pela Lei n. 4.320, de 1964²⁰⁶, caracterizando esse instrumento como ferramenta essencial do planejamento Estatal e por intermédio do qual são destacados os objetivos, metas, prioridades do projeto político dominante escolhido pelos cidadãos nas urnas eleitorais. A Constituição tratou sobre o assunto no Título VI (Da Tributação do Orçamento), Capítulo II (Das Finanças Públicas), Seção II (Dos Orçamentos), arts. 165 a 169, da CF/88. Para além do título VI, quando trata das competências legislativas (arts. 24, 48, 52, 61, 62, 68, 84, 99 e 127, da Constituição Federal) e dos controles (arts. 70 e 71 da Constituição Federal). O Orçamento Público trata-se de um instituto bastante robusto, representado por normas que condicionam e definem de modo objetivo e com pouca margem de interpretação as etapas de elaboração (consolidação da proposta feita no âmbito do poder executivo), aprovação (pelo legislativo, no caso do

²⁰⁴ MALLET, Antonio César Silva. O Direito Sanitário como instrumento de fortalecimento do SUS: a ênfase a Educação Permanente em Saúde e os Resultados do Curso de Especialização. **Cadernos de informação técnica e memória do CONASS**. v. 30. Anexo 7. Orçamento Público no Brasil. Brasília, 2018, p. 3. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/direitosanitario/anexo/Conass_Documenta_30_ANEXO-7.pdf.

²⁰⁵ LIMA, Diana Vaz. Contabilidade pública. São Paulo: Atlas, 2007 *apud ibid.*, p. 4.

²⁰⁶ BRASIL. Presidência da República. Lei n. 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 182. Brasília, 23 mar. 1964, p. 2745.

governo federal, o congresso nacional), execução (todos os governos e órgãos vinculados) e controle (acompanhamento e avaliação da execução, por meio dos órgãos específicos e das representações sociais).²⁰⁷

Como supramencionado, tal planejamento será realizado por meio de três leis que serão instituídas periodicamente pelo Poder Executivo: o Plano Plurianual (PPA), que estabelece diretrizes e metas para quatro anos; a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), a Lei Orçamentária Anual (LOA); as duas últimas válidas para cada exercício financeiro. Essas leis subordinam-se entre si: as LDO anuais precisam respeitar os limites do PPA, e as LOA devem respeitar as respectivas LDO. As respectivas leis têm prazos específicos para sua vigência: i) o PPA é encaminhado pelo executivo ao Congresso até dia 31 de agosto do primeiro ano de cada governo, com início da vigência no ano subsequente; ii) a LDO deve ser apresentada até dia 15 de abril e aprovada, pelo Congresso Nacional, até o dia 17 de julho; iii) a LOA deve ser apresentada até 31 de agosto, sendo que a regra é que o congresso nacional a aprove até dia 22 de dezembro.

O Poder Legislativo tem autoridade para alterar a proposta encaminhada pelo Poder Executivo, respeitando a compatibilidade entre as receitas e despesas previstas nela. Aprovada a LOA, o Poder Executivo está autorizado, na vigência do exercício respectivo, a iniciar sua execução nos termos estabelecidos pelo Congresso Nacional, isto é, passa-se da fase de Planejamento Orçamentário para a fase de Execução Orçamentária, fase de realização da receita e da despesa, execução dos seus programas.²⁰⁸

Algumas vezes, o orçamento não é cumprido na íntegra, devido a fatores como arrecadação, que não se efetiva como planejado, calamidades naturais, comoções internas, pressão política, entre outros. Os créditos ordinários e adicionais autorizam a realização das despesas públicas. Os adicionais, por sua vez, são aqueles que representam autorização de despesas não computadas ou insuficientemente dotadas na LOA; é gênero do qual são espécie i) os créditos suplementares, ii) os créditos especiais e iii) os créditos extraordinários.²⁰⁹

Muitas das vezes, em países mais pobres, o orçamento é feito e refeito durante todo o ano, em função da instabilidade política e econômica, incapaz de conferir previsibilidade ao

²⁰⁷ MALLETT, Antonio César Silva. O Direito Sanitário como instrumento de fortalecimento do SUS: a ênfase a Educação Permanente em Saúde e os Resultados do Curso de Especialização. **Cadernos de informação técnica e memória do CONASS**. v. 30. Anexo 7. Orçamento Público no Brasil. Brasília, 2018, p. 5. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/direitosanitario/anexo/Conass_Documenta_30_ANEXO-7.pdf.

²⁰⁸ *Ibid.*, p. 9.

²⁰⁹ *Ibid.*, p. 10.

processo de orçamentação, o que se denomina de orçamento repetitivo. O ambiente de incertezas desses países, a exemplo do Brasil, faz com que reprogramem seus recursos rapidamente, a fim de ajustarem-se às variações constantes de cenários.²¹⁰

O crédito adicional possui função e características próprias. Assim, o crédito suplementar destina-se a reforçar a dotação orçamentária em vigor, em razão do subdimensionamento da despesa fixada; o crédito especial é aquele destinado a modificar a lei orçamentária em vigor, por acrescentar-lhe despesas para as quais não haja dotação orçamentária específica previamente fixada; por fim, o crédito extraordinário destina-se a cobrir despesas imprevisíveis e urgentes, como as decorrentes de guerra, comoção interna ou calamidade pública.²¹¹

No que diz respeito à execução orçamentária aprovada pela LOA, esta é realizada por vários órgãos e entes da Administração Pública. No Poder Executivo, os parâmetros da execução orçamentária são estabelecidos por meio de Decreto Presidencial conhecido como Decreto de Contingenciamento, que se caracteriza como salvaguarda e balanceamento durante o exercício financeiro entre as despesas e receitas (estimadas na LOA). A Lei Orçamentária Anual subdivide-se em três orçamentos²¹²: a) orçamento fiscal (“parcela do orçamento que compreende as dotações referentes aos poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta ou indiretamente, e detém a maioria do capital social com direito a voto”) – art 165, § 5º, I; LRF, art. 2º, III; LDO; b) orçamento de investimento (“Parcela do orçamento que compreende as dotações relativas a investimentos das empresas não dependentes em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto”), determinadas no art. 165, § 5º, II; LRF, art. 2º, III; LDO; c) orçamento da seguridade social (“Parcela do orçamento que abrange todas as dotações referentes às ações de saúde, previdência e assistência social das entidades e órgãos da administração direta ou

²¹⁰ CAIDEN, N.; WILDAVSKY, A. Planning and budgeting in poor countries (6a ed.). New Brunswick (U.S.A.) and Oxford (U.K.): Transaction Publishers Boston, 2003 *apud* ROCHA, Diones Gomes da; MARCELINO, Gileno Fernandes; SANTANA, Cláudio Moreira. Orçamento público no Brasil: a utilização do crédito extraordinário como mecanismo de adequação da execução orçamentária brasileira. **Revista de Administração**, v. 48, n. 4, p. 813-827, 2013, p. 815. Disponível em: <https://doi.org/10.5700/rausp1123>. Acesso em: 25 abr. 2022.

²¹¹ *Ibid.*, *loc. cit.*

²¹² MALLET, Antonio César Silva. O Direito Sanitário como instrumento de fortalecimento do SUS: a ênfase a Educação Permanente em Saúde e os Resultados do Curso de Especialização. **Cadernos de informação técnica e memória do CONASS**. v. 30. Anexo 7. Orçamento Público no Brasil. Brasília, 2018, p. 11. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/direitosanitario/anexo/Conass_Documenta_30_ANEXO-7.pdf.

indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público”), arts 165, § 5º, III, e 194; LDO.²¹³

Como o assunto que se dedica este trabalho diz respeito ao financiamento da saúde, tem-se, conforme reza a constituição federal, que o orçamento do SUS “será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes” (§ 1º do art. 198), que, por sua vez, “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (art. 194 da CF/88).

As receitas podem ser orçamentárias e extraorçamentárias. As orçamentárias, como próprio nome diz, são aquelas previstas na LOA; as extraorçamentárias, por sua vez, não integram a LOA e são temporárias. As receitas também podem ser classificadas em correntes ou de capital. As receitas correntes, segundo o Glossário Orçamentário do Congresso Nacional, são

Receitas arrecadadas no exercício financeiro que aumentam as disponibilidades do Estado, em geral com efeito positivo sobre o patrimônio líquido. São exemplos de receitas correntes: as receitas tributárias, a receita patrimonial, a receita agropecuária, a receita industrial, a receita de serviços e outras (art. 11 da Lei n. 4320, § 1º).²¹⁴

Já as receitas de capital dizem respeito a “Receitas que aumentam as disponibilidades financeiras do Estado e não provocam efeito sobre o patrimônio líquido. São exemplos as receitas provenientes da realização de recursos financeiros oriundos de constituição de dívidas e as receitas da conversão em espécie de bens e direitos”, reguladas no art. 11, § 2º, da Lei n. 4.320/64.²¹⁵

Os gastos públicos são aqueles que financiam as atividades e ações dos órgãos e entes da administração pública. O gasto público é aquele aprovado pela Lei Orçamentária Anual e fica vinculado aos seus limites, ações, programas e metas nele estabelecidas. A realização da despesa pública ocorre do seguinte modo: empenho, liquidação e pagamento.

Empenho trata-se do “primeiro estágio da execução da despesa pública, caracterizado pelo ato emanado de autoridade competente, funciona como garantia ao credor do ente

²¹³ BRASIL. Congresso Nacional. **Glossário de Termos Orçamentários**. Brasília : Grupo de Trabalho Permanente de Integração da Câmara dos Deputados com o Senado Federal, Subgrupo Glossário Orçamentário, 2020, s.v. *Orçamento da Seguridade Social*. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-orcamentario>. Acesso em: 23 mar. 2022.

²¹⁴ *Ibid.*, s.v. *Receita Corrente*.

²¹⁵ *Ibid.*, *loc. cit.*

público de que existe o crédito necessário para a liquidação de um compromisso assumido, regulado pelo artigo 58 da lei 4.320/64”²¹⁶.

Liquidação é o

Segundo estágio de execução das despesas públicas, que consiste na verificação objetiva do cumprimento contratual, de onde nasce o direito adquirido pelo credor, tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito. Nesta etapa são realizados os atos de conferência do objeto contratado, que pode ser serviços prestados ou bens fornecidos ou entregues²¹⁷ (art. 63 da Lei n. 4.320/64).²¹⁸

Pagamento é o “estágio da despesa pública em que a unidade estatal efetiva o pagamento ao ente responsável pela prestação do serviço ou fornecimento do bem, recebendo a devida quitação” (art. 62 e 64 da Lei n. 4.320/64).²¹⁹

As etapas das despesas públicas mencionadas devem coincidir com o ano civil – 1º de janeiro a 31 de dezembro; caso no final do período ainda restem despesas empenhadas pendentes de quitação, os chamados restos a pagar, estas deverão ser pagas no próximo exercício financeiro. Vale citar, ainda, que as despesas podem ser classificadas como discricionárias e obrigatórias. As discricionárias são aquelas sujeitas à avaliação de oportunidade pelo gestor.²²⁰ Quanto às despesas obrigatórias, consistem nas despesas que a União tem a obrigação legal ou contratual de realizar, ou seja, cuja execução é mandatória; essas despesas são consideradas de execução obrigatória e necessariamente têm prioridade em relação às demais despesas, tanto no momento da elaboração do orçamento quanto na sua execução. Como exemplo, tem-se despesas com pessoal, encargos sociais, sentenças judiciais, limites constitucionais mínimos para a saúde, educação.²²¹

²¹⁶ BRASIL. Congresso Nacional. **Glossário de Termos Orçamentários**. Brasília : Grupo de Trabalho Permanente de Integração da Câmara dos Deputados com o Senado Federal, Subgrupo Glossário Orçamentário, 2020, s.v. *Receita de Capital*. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-orcamentario>.

²¹⁷ *Ibid.*, s.v. *Liquidação*.

²¹⁸ *Id.* Presidência da República. Lei n. 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 182. Brasília, 23 mar. 1964, p. 2745.

²¹⁹ *Id.* Congresso Nacional. **Glossário de Termos Orçamentários**. Brasília : Grupo de Trabalho Permanente de Integração da Câmara dos Deputados com o Senado Federal, Subgrupo Glossário Orçamentário, 2020, s.v. *Liquidação*. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-orcamentario>.

²²⁰ *Ibid.*, s.v. *Despesa Orçamentária*. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-orcamentario>.

²²¹ MALLET, Antonio César Silva. O Direito Sanitário como instrumento de fortalecimento do SUS: a ênfase a Educação Permanente em Saúde e os Resultados do Curso de Especialização. **Cadernos de informação técnica e memória do CONASS**. v. 30. Anexo 7. Orçamento Público no Brasil. Brasília, 2018, p. 15. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/direitosanitario/anexo/Conass_Documenta_30_ANEXO-7.pdf.

No que tange às despesas obrigatórias e no que diz respeito ao tema objeto deste trabalho, a saúde, faz-se interessante notar os percentuais mínimos em saúde, os quais estão definidos na LC n. 141/2012²²², que, como será visto detalhadamente mais adiante, regulamentou o § 3º do art. 198 da CF/88, bem como a Emenda Constitucional n. 29/2000²²³, estipulando os percentuais mínimos relativos a cada ente federado. Também aborda que as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pelos entes federativos serão financiadas pelos recursos dos seus respectivos Fundos de Saúde.²²⁴

2.4 Vinculações de recursos para área de saúde

Por força dos art. 195 e 198 da Constituição Federal, o financiamento do SUS será de competência concorrente de todos os entes políticos públicos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) e, como já mencionado, com recursos oriundos do Orçamento próprio da Seguridade Social. A Seguridade Social, por sua vez, é custeada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos Orçamentos da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Na Esfera Federal, conforme reza o art. 195 da CF/88, será custeada pelas contribuições sociais recolhidas pelas empresas sobre a folha de pagamento, sobre o faturamento e sobre o lucro líquido; dos trabalhadores; e sobre receita de concurso de prognóstico, do importador de bens ou serviços do exterior.²²⁵ A EC n. 20/1998²²⁶ acrescentou o inciso XI ao art. 167 da CF/88, que prevê que as contribuições previdenciárias, provenientes das contribuições das empresas sobre a folha de pagamento,

²²² BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar n. 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 jan. 2012, p. 1.

²²³ *Id.* Emenda Constitucional n. 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. Supremo Tribunal Federal. **Diário Oficial da União**. Brasília, 14 set. 2000, p. 1.

²²⁴ MALLETT, Antonio César Silva. O Direito Sanitário como instrumento de fortalecimento do SUS: a ênfase a Educação Permanente em Saúde e os Resultados do Curso de Especialização. **Cadernos de informação técnica e memória do CONASS**. v. 30. Anexo 7. Orçamento Público no Brasil. Brasília, 2018, p. 15. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/direitosanitario/anexo/Conass_Documenta_30_ANEXO-7.pdf.

²²⁵ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v. 1). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf> Acesso em: 07 abr. 2022, p. 50.

²²⁶ *Id.* Presidência da República. Emenda Constitucional n. 20, de 15 de dezembro de 1998. Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 dez. 1998.

destinam-se exclusivamente ao pagamento de benefícios do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), art. 195, incisos I e II da CF/88; essas receitas, portanto, não são consideradas para o custeio do SUS.²²⁷ No tocante à saúde, a despeito de todo o avanço com a promulgação da Constituição Cidadã, foi com o advento da EC n. 29/2000 que houve delimitação clara da forma de financiamento do sistema, a qual vinculou recursos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios ao gasto obrigatório em ações e serviços públicos de Saúde, por meio da introdução dos §§ 2º e 3º no art. 198 da CF/88.²²⁸ O § 3º da nova redação do art. 198 da CF prevê a possibilidade de os percentuais mínimos serem reavaliados, por Lei Complementar, pelo menos a cada cinco anos, desde a data da promulgação da emenda, o que mais tarde foi revogado pela EC n. 95/2016, no tocante à revisão da Lei Complementar concernente às receitas mínimas a cargo da União.²²⁹

A Lei Complementar n. 141/2012 regulamentou o art. 198 da CF/88, determinando os percentuais mínimos a serem aplicados em saúde por cada ente federado, como também:

- 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.²³⁰

Ademais, o

Decreto n. 7.827 de 16 de outubro de 2012 regulamentou a LC n. 141/2012 e estabeleceu os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências constitucionais, além dos procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a LC n. 141/2012.²³¹

²²⁷ SANTOS, Ricart César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016, p. 91.

²²⁸ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v. 1), p. 50. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf> Acesso em: 07 abr. 2022.

²²⁹ *Ibid.*, p. 94.

²³⁰ *Ibid.*, p. 95.

²³¹ *Ibid.*, *loc. cit.*

A Emenda Constitucional n. 86/2015²³² realizou alterações no § 2º, inciso I, do art. 198 da CF/88 no que diz respeito aos percentuais mínimos a serem aplicados em saúde pela União, de forma progressiva, durante cinco anos, a partir de 2016. Tal emenda também revogou o inciso IV, § 3º, do mesmo dispositivo constitucional, não mais permitindo a possibilidade de o percentual mínimo da União ser revisto por Lei Complementar a cada cinco anos e, por último, também determinou a inclusão das receitas oriundas da exploração de petróleo e gás natural e das emendas individuais no montante mínimo a ser aplicado pela União.

Em 15 de dezembro de 2016, foi promulgada a EC n. 95/2016, que veio a determinar o Novo Regime Fiscal e inserir o art. 110 no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) para congelar, por 20 anos, os recursos aplicados em saúde pela União nos exercícios posteriores ao de 2017, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 do ADCT, pelo IPCA.

Ressalta-se que as vinculações de receitas à saúde pública a serem tratadas neste trabalho são aquelas compreendidas após o advento da Emenda Constitucional n. 29/2000, ainda em vigor. Ademais, vale citar a Contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira (CPMF), incluída pela EC n. 12, de 16 de agosto de 1996²³³, a qual não se encontra mais em vigor. Trata-se de contribuição instituída pela União, destinada ao Fundo Nacional de Saúde para financiar as ações e serviços de saúde. Seu prazo de vigência foi prorrogado algumas vezes até 31 de dezembro de 2007, pela EC n. 42/2003²³⁴. No transcurso das prorrogações houve alteração do destino das receitas para outras finalidades, diferentemente daquela estipulada pela Emenda original que instituíra a contribuição.

2.4.1 Emenda Constitucional n. 29/2000

Nota-se que foram inúmeras as tentativas de vinculação de receitas ao setor. Tem-se início em 1980, com a tentativa de vinculação de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) à

²³² BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 52. Brasília, 18 mar. 2015, p. 1.

²³³ *Id.* Congresso Nacional. Emenda Constitucional n. 12, de 16 de agosto de 1996. Outorga competência à União, para instituir contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 ago. 1996.

²³⁴ *Id.* Presidência da República. Emenda Constitucional n. 42, de 19 de dezembro de 2003. Altera o Sistema Tributário Nacional e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 31 dez. 2003, p. 3.

saúde. Também na década de 1990, houve outras várias tentativas de vinculação de recursos à saúde, que culminou com a aprovação pela Câmara dos Deputados da PEC 82-C, promulgada como Emenda Constitucional n. 29/2000.²³⁵

Segundo Ricart Cesar Coelho, essa Emenda “priorizou os recursos para ações e serviços públicos de saúde no orçamento dos entes federados, por meio da vinculação de recursos para o setor”²³⁶. Por meio dessa emenda, haveria, por conseguinte, vinculação, inclusive de receitas provenientes de impostos, o que representaria uma exceção ao art. 167, IV, da CF/88, que trata do princípio da não afetação ou da não vinculação da receita de impostos.

O art. 198, § 2º, da Carta Magna passou a prever a afetação de impostos para cada ente do seguinte modo: i) no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista, (§ 3º do 198 da CF/88); ii) no caso dos Estados e do Distrito Federal, incidirá sobre o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os art. 157 e 159, inciso I, alínea “a”, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios, iii) no caso dos municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 a 159, inciso I, alínea “b” e § 3º.

Nota-se que a referida emenda não trata especificamente sobre os percentuais mínimos; no entanto, remete essa especificidade à lei complementar (art. 198, § 3º, da CF/88). Como se sabe, a promulgação de tal instrumento normativo deu-se somente em 2012. Durante esse período, o constituinte achou por bem acrescentar o art. 77 do ADCT, determinando os recursos mínimos a serem aplicados, até o advento da LC, do seguinte modo: a) para a União, no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de 5%, no mínimo. A partir de 2001 até o ano de 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB); b) no caso dos Estados e do DF, 12% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os art. 158 e 159, inciso I, alínea “a”, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios e c) no caso dos Municípios e do DF, 15% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os art. 158 e 159, inciso I, alínea “b” e § 3º. Nota-se que tais disposições seriam aplicadas pela força do *caput* do art. 77 até o ano de 2004, porém a EC n. 29/2000 também incluiu o § 4º no

²³⁵ SANTOS, Ricart César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016, p. 92.

²³⁶ *Ibid.*, *loc. cit.*

mesmo artigo para determinar que, caso a LC não tenha sido instituída até 2004, continuaria tendo vigência a partir no ano financeiro de 2005 até a criação da referida Lei.²³⁷

2.4.2 Lei Complementar n. 141/2012

Com o advento da Lei Complementar n. 141/2012, o art. 77 do ADCT deixou de ser aplicado, uma vez que a referida lei passou a disciplinar o art. 198, § 3º, da CF/88; após mais de 10 anos da edição da EC n. 29/2000, a aventada LC veio com a promessa de regular as arestas deixadas pela redação anterior.

Dito isso, apesar da longa espera pela disposição dos percentuais mínimos de recursos a serem aplicados pela União, a referida lei complementar em nada inovou: manteve o financiamento da saúde pública nos mesmos moldes do texto anterior; a tão aguardada estipulação dos gastos mínimos em saúde a cargo da União não foi regulada, mantendo os percentuais mínimos para Estados e Municípios, quais sejam, de 12% (doze por cento) e 15% (quinze por cento), respectivamente (art. 5º, 6º e 7º da LC). Ademais, a LC n. 141/2012 também estabeleceu (art. 198 § 3º da CF/88): 1) os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º do art. 198 da CF; 2) até o advento da EC n. 86/2015, também deveria estabelecer, a cada cinco anos, os percentuais mínimos aplicados pela União, a seguir tratamos exclusivamente daquela emenda; 3) deverá dispor sobre 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; 4) as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

Vale ressaltar o teor dos art. 9º e 11 da mesma lei. O art. 9º dispõe que “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 previstas 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 do processo administrativo ou judicial”. O art. 11 da LC n. 141/12, também faz uma importante observação quando trata que “Os Estados o Distrito Federal e os Municípios deverão observar o disposto nas respectivas Constituições ou Leis

²³⁷ “§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).”

Orgânicas sempre que os percentuais nelas estabelecidos forem superiores aos fixados nesta Lei Complementar para aplicação em ações e serviços públicos de saúde (*Vide* ADIN 5897)”.

O art. 24 da LC, segundo Ricart Coelho, disciplinará sobre como será o cálculo das despesas mínimas em saúde e qual o critério a ser utilizado. “Serão consideradas as despesas liquidadas e pagas do exercício, bem como as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em restos a pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde”²³⁸. O art. 73 da Lei n. 4.320/64 determina que, se houver dinheiro nas contas que compõem o fundo de saúde de um ente ao fim do exercício financeiro, em 31 de dezembro este não retornará para a conta do Tesouro, e sim, continuará no fundo de saúde para ser utilizado em ações e serviços públicos de saúde no ano seguinte.

Ressalta-se que sobre a Lei Complementar n. 141/2012, em tela, foi estudada em mais detalhes, que se verá mais à frente, tomando como fulcro a análise de muitos dos seus principais dispositivos a fim de elucidar e trazer uma perspectiva legal a respeito das transferências intergovernamentais entre os fundos de saúde pública dos entes federados.

2.4.3 Emenda Constitucional n. 86/2015

A Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015, determinou que, a partir de 2016, a União viesse a aplicar anualmente, em ações e serviços de saúde, o montante correspondente ao valor da Receita Corrente Líquida (RCL) do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15%, a serem cumpridos, progressivamente, garantidos, no mínimo: i) 13,2% da RCL no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional; ii) 13,7% da RCL no segundo exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional; iii) 14,1% da RCL no terceiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional; iv) 14,5% da RCL da receita corrente líquida no quarto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional; v) 15% da RCL no quinto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional.²³⁹

Aludida Emenda também ficou conhecida como “emenda do orçamento impositivo” (§ 11 do art. 166 da CF/88), uma vez que tornou obrigatória a execução da programação

²³⁸ SANTOS, Ricart César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016, p. 95.

²³⁹ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v. 1). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf> Acesso em: 07 abr. 2022, p. 97.

orçamentária que disciplina, no § 9º do art. 166 da CF/88, que as emendas individuais ao projeto de lei orçamentária serão aprovadas no limite de 1,2% da receita corrente líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que a metade desse percentual será destinada a ações e serviços públicos de saúde.²⁴⁰

O § 10º do mesmo dispositivo constitucional diz que o montante determinado no § 9º do art. 166 da Carta Magna será computado para fins do cumprimento do inciso I do § 2º do art. 198, vedada a destinação para pagamento de pessoal ou encargos sociais, que, segundo o art. 12, § 1º, e art. 13 da Lei n. 4.320/64, e pode ser empregado na aquisição de material de consumo ou em obras de bens imóveis onde funcionam unidades de saúde. Conforme entende Ricart Coelho, essa disposição faz sentido, na medida que despesas com pessoal são classificadas como despesas correntes e em geral de extensa duração, não devendo ser custeadas por emendas parlamentares, que não apresentam tais características.²⁴¹ Vale lembrar que o mesmo comando também prevê que tais gastos serão computados no montante mínimo obrigatório da União, no setor.

O § 11 do art. 166 da CF/88, como já aventado, trouxe a obrigatoriedade de execução do disposto no § 9º do mesmo dispositivo, com a seguinte redação:

É obrigatória a execução orçamentária e financeira das programações a que se refere o § 9º deste artigo, em montante correspondente a 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida realizada no exercício anterior, conforme os critérios para a execução equitativa da programação definidos na lei complementar prevista no § 9º do art. 165.

Outra inovação está no art. 3º da EC n. 86/2015, a seguir:

Art. 3º As despesas com ações e serviços públicos de saúde custeados com a parcela da União oriunda da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural, de que trata o § 1º do art. 20 da Constituição Federal, serão computadas para fins de cumprimento do disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal.

Nota-se que este dispositivo vai na contramão do entendimento do art. 4º da Lei n. 12.858/2013; este, por sua vez, diz que os recursos destinados às áreas de educação e saúde na forma do art. 2º serão aplicados em acréscimo ao mínimo obrigatório previsto na Constituição Federal. Já o supracitado dispositivo constitucional considera os recursos oriundos da exploração de petróleo e gás natural no cômputo do gasto mínimo em saúde a cargo da União, deixando os valores em *royalties* e compensação financeira de representar, em princípio, um

²⁴⁰ SANTOS, Ricart César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016, p. 99.

²⁴¹ *Ibid.*, *loc. cit.*

reforço federal ao financiamento da saúde pública. No que concerne aos demais entes públicos, a vedação de que os *royalties* venham a integrar os gastos obrigatórios em saúde continua mantida.

Como visto, a referida Emenda estabeleceu percentual mínimo de 15% sobre a Receita Corrente Líquida (RCL), que estariam garantidos progressivamente por cinco anos. Quanto à participação obrigatória mínima dos Estados, Distrito Federal e Municípios, estas continuam sendo na ordem de 12%, para os Estados e DF, dos recursos provenientes do art. 155 e do art. 157, alínea “a” do inciso I e o inciso II, *caput* do art. 159; de 15% para os Municípios sobre as receitas dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos do art. 158 e a alínea “b” do inciso I do *caput* e o § 3º do art. 159 da CF/88. A seguir, quadro com resumo sobre o cálculo da receita própria dos estados e municípios.

Quadro 1 – Cômputo da base de cálculo da receita própria dos Estados:

(+) Receitas de Impostos de Natureza Estadual:
• (ICMS+ IPVA+ITCMD)
(+) Receitas de Transferências da União
• Quota-Parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE)
• Cota-Parte do IPI – Exportação
• Transferências da LC n. 87/1996 (Lei Kandir)
• Cota parte sobre o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF)
(+) Outras receitas correntes
• (Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária)
(-) Transferências Financeiras Constitucionais e Legais aos municípios:
• 25% do ICMS
• 50% do IPVA
• 25% do IPI – Exportação
• 25% do ICMS Exportação – Lei Kandir
(=) Receita Própria do Estado = Base de Cálculo Estadual

Fonte: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.²⁴²

De modo semelhante, para o Município, a base de cálculo é a sua receita própria, assim calculada:

Quadro 2 – Total de Receitas de Impostos Municipais

(ISS, IPTU, ITBI)
(+) Receitas de Transferências da União
Quota-Parte do FPM
Quota-Parte do ITR
Quota-Parte da LC n. 87/1996 (Lei Kandir)
(+) Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF)
(+) Receitas de Transferências do Estado:

²⁴² BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v. 1). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf> Acesso em: 07 abr. 2022, p. 97.

Quota-Parte do ICMS
Quota-Parte do IPVA
Quota-Parte do IPI – Exportação
(+) Outras Receitas Correntes
(Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária)
(=) Receita Própria do Município = Base de Cálculo Municipal

Fonte: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.²⁴³

2.4.4 Emenda Constitucional n. 95/2016

A Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016, alterou alguns dispositivos do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal, o qual passou a vigorar, segundo ao art. 106 do ADCT, por vinte anos. O mesmo instrumento normativo, no art. 110 da ADCT, congelou os valores em saúde a cargo da União, anulando a progressividade de financiamento instituída pela Emenda Constitucional anterior, ao assegurar tão somente a correção monetária a partir do ano base de 2017 a 2036.²⁴⁴

Art. 110 do ADCT:

Na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão:

I - no exercício de 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 e do caput do art. 212, da Constituição Federal; e
II - nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Considerando o texto permanente constitucional, de acordo com o art. 198, § 2º, inciso I da CF/88, a União deveria aplicar em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, o equivalente a 15% de sua receita corrente líquida (RCL); por sua vez, os Estados e Distrito Federal, nas receitas eminentemente estaduais, e o municípios e Distrito Federal, nas receitas de perfil municipal, devem aplicar, respectivamente, 12% e 15% do produto da arrecadação dos impostos e de certas receitas recebidas por transferências obrigatórias por força do art. 198, § 2º e 3º, da CF/88, somados aos art. 6º a 8º da LC n. 141/2012.²⁴⁵ A metodologia do

²⁴³ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v. 1). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf> Acesso em: 07 abr. 2022, p. 97.

²⁴⁴ PINTO, Élica Graziane; XIMENES, Salomão Barros. Financiamento dos direitos sociais na Constituição de 1988: do “pacto assimétrico” ao “estado de sítio fiscal”. **Educação & Sociedade**, v. 39, n. 145, p. 980-1003, 2018, p. 991. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ES0101-73302018209544>. Acesso em: 3 maio 2022.

²⁴⁵ MOUTINHO, Donato Volkers; DALLARI, Sueli Gandolfi. Financiamento do direito à saúde e novo regime fiscal: a inconstitucionalidade do Artigo 110 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Revista de**

ajuste fiscal da EC n. 95/2016 substituiu os critérios de cálculo que vinculavam o gasto mínimo obrigatório à evolução das receitas apuradas no respectivo ano fiscal por um critério de estagnação do patamar mínimo calculado para o exercício de 2017, com mera atualização inflacionária. Na prática, segundo cálculos apontados por Élide Graziane Pinto, o gasto em saúde tomará, para fins de correção monetária, a base de cálculo fixada no patamar de R\$ 109,1 bilhões²⁴⁶ em ASPS, aplicados em 2017. Vale ressaltar que as normas constitucionais do art. 198, § 2º, inciso I, apenas deixaram de produzir efeitos; isso dar-se-á até 2036. Perderam sua eficácia, mas não foram revogadas; continuam vigentes. Para a autora, a estimativa para os próximos anos implicará em percentuais de aplicação anuais, inferiores ao definido na CF/88.²⁴⁷

2.5 Síntese do enfraquecimento do orçamento da Seguridade Social, crise do Federalismo Fiscal e breve cenário do financiamento do SUS

Quando se fala de Orçamento da Saúde Pública no Brasil, simultaneamente faz-se imperioso entender sobre o orçamento da Seguridade Social; tudo porque, como visto em outra parte, a saúde compreende o tripé pelo qual a seguridade social sustenta-se: saúde, assistência social e previdência social.

Segundo alguns doutrinadores, como Élide Graziane, um dos fatores cruciais ensejadores do esvaziamento do orçamento da seguridade social, bem como do seu enfraquecimento foi a disputa “predatória” de cada uma das áreas ali citadas em prol dos seus respectivos custeios, embasada pelo art. 195, § 2º, da CF/88.²⁴⁸

Ou seja, esse dispositivo assegura a cada área a gestão individualizada, segregada de seus recursos. A Carta Magna, então, dispôs-se a delimitar detalhes de cada uma dessas áreas. Como já tratado, o da saúde deu-se no art. 198 da EC n. 29/2000, com o acréscimo dos §§ 2º e 3º a esse artigo, os quais estabelecem os percentuais mínimos de custeio para cada um dos

Direito Sanitário, v. 19, n. 3, p. 68-90, 2019, p. 77. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i3p68-90>. Acesso em: 7 abr. 2022.

²⁴⁶ BRASIL. Tesouro Nacional. **Relatório resumido da execução orçamentária do governo federal e outros demonstrativos**. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2018. Disponível em: <https://www.tesourotransparente.gov.br/temas/contabilidade-e-custos/relatorio-resumido-da-execucao-orcamentaria-rreo-uniao>. Acesso em: 13 maio 2018.

²⁴⁷ PINTO, Élide Graziane; XIMENES, Salomão Barros. Financiamento dos direitos sociais na Constituição de 1988: do “pacto assimétrico” ao “estado de sítio fiscal”. **Educação & Sociedade**, v. 39, n. 145, p. 980-1003, 2018, p. 994. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ES0101-73302018209544>. Acesso em: 3 maio 2022.

²⁴⁸ “Art. 195. [...] § 2º A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos” (grifos nossos).

entes. A previdência social estruturou-se sobre art. 201, o qual estabelece um regime geral de caráter contributivo, pautado no equilíbrio econômico-financeiro e atuarial. O art. 204²⁴⁹ preconiza e traça os princípios centrais da Assistência Social. O custeio de cada uma dessas três áreas está regulado no art. 195 da CF/88, supracitado e já densamente abordado neste trabalho. O art. 204 faculta que no mínimo 0,5% da receita tributária líquida dos Estados e Distrito Federal seja vinculado a programa de apoio à inclusão e promoção social. O Constituinte, por seu lado, delimitou, no art. 167, XI, da CF/88, as receitas do art. 195, I, “a”, e II da CF/88 para o custeio do Regime Geral de Previdência Social. São elas as contribuições sociais:

i) do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço mesmos em vínculo empregatício; [...] e ii) do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, podendo ser adotadas alíquotas progressivas de acordo com o valor do salário de contribuição, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo Regime Geral de Previdência Social; (Redação dada pela Emenda Constitucional n. 103, de 2019).

Segundo Elida Graziane Pinto, essa disposição se justificaria pela busca a manutenção do equilíbrio atuarial do RGPS, administrado pelo Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS).

O que veio ocorrendo nos últimos anos, entretanto, foi uma acirrada competição entre as três áreas que compõem a seguridade social, o que veio a mitigar, conforme lecionam os pesquisadores do IPEA,²⁵⁰ a solidariedade prevista no arts. 194 e 195 da CF/88.

Outrossim, no tocante à crise do federalismo fiscal e ao cenário de (sub)financiamento do SUS, ver-se-á que são dois assuntos intimamente imbricados, haja

²⁴⁹ “Art. 204. As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

I - descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;

II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.

Parágrafo único. É facultado aos Estados e ao Distrito Federal vincular a programa de apoio à inclusão e promoção social até cinco décimos por cento de sua receita tributária líquida, vedada a aplicação desses recursos no pagamento de: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003).

I - despesas com pessoal e encargos sociais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003).

II - serviço da dívida; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003).

III - qualquer outra despesa corrente não vinculada diretamente aos investimentos ou ações apoiados. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003).”

²⁵⁰ DELGADO, Guilherme; JACCOUD, Luciana; NOGUEIRA, Roberto Passos. Seguridade Social: redefinindo o alcance da cidadania. **Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise**, v. 1, n. 17, p. 17-41, 2009. (Série Vinte anos da Constituição Federal), p. 27.

vista a regressividade dos repasses mínimos da União às Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), quando comparados aos outros entes federados, assim como já comentado em momentos anteriores.

Nesse sentido afirma Élide Graziane Pinto:

De fato o financiamento do SUS, desde a CF/88 vem se mostrando suscetível a diversos cenários de vulnerabilidade fiscal, seja no que se refere a sua inserção no Orçamento da Seguridade Social, seja na obtenção da fonte própria de receita ou ainda na definição efetivamente vinculante de percentuais mínimos de gastos nas ações e serviços públicos de saúde.²⁵¹

No tocante à regressividade dos percentuais mínimos, dado que tal assunto foi fortemente detalhado preliminarmente em tópicos anteriores, resta lembrar pontos nucleares. Até a promulgação da atual Carta Política, os recursos repassados à saúde eram oriundos do orçamento do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, dividido em três áreas: benefícios previdenciários, assistência social e atenção médico-hospitalar; também recebia recursos do orçamento fiscal, que, por sua vez, financiava não só a saúde, mas também ações voltadas a educação, justiça, transporte, etc. Após a promulgação da Carta Magna, a saúde passou a ser financiada, à luz do art. 198, § 1º, da CF/88, por meio de recursos oriundos da tributação, com participação da sociedade, somados ao Orçamento da Seguridade Social da União e demais entes subnacionais, tendo como fulcro o princípio da solidariedade, supracitado.²⁵² O SUS também valeu-se do art. 55 do ADCT, estabelecendo repasse de 30% do Orçamento da Seguridade Social, até a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias; tal disposição vigorou até o ano de 2000, com o advento da Emenda Constitucional n. 29, porém perdurou por muito tempo. Caso tivesse sido mantida, em 2016 o SUS contaria com uma disponibilidade de recursos 2,6 vezes maior que a dotação federal do exercício do mesmo ano. O que se verificou, no entanto, foi uma redução real do valor investido.²⁵³

Nos anos 2000, sob o imperativo da Emenda Constitucional n. 29/2000, houve a expectativa frustrada de que esta emenda disporia sobre os percentuais mínimos, o que não foi alcançado. A Emenda acrescentou os §§ 2º e 3º ao art. 198 da CF, e o art. 77 do ADCT. Essas disposições apenas definiram a base de cálculo sobre a qual incidiriam as alíquotas mínimas,

²⁵¹ PINTO, Élide Graziane. **Financiamento do Direito à saúde e à educação** – uma perspectiva constitucional. Belo Horizonte: Fórum, 2015, p. 93.

²⁵² CESTARI, Renata Constante. **Aspectos Jurídicos e Federativos do Financiamento da Saúde**. São Paulo, 2019, p. 60.

²⁵³ COMPARATO, Fábio Konder; TORRES, Heleno Taveira; PINTO, Élide Graziane; SARLET, Ingo Wolfgang. Financiamento do Direito à saúde e à educação: mínimos inegociáveis. **Consultor Jurídico**. São Paulo, 27 jul. 2016. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2016-jul-27/financiamento-direitos-saude-educacao-minimos-inegociaveis>. Acesso em: 26 maio 2022.

doze anos depois com a LC n. 141/2012. No caso da União, a Emenda nada informou a respeito do seu percentual mínimo e base de cálculo, deixando para quando da edição da LC. Já o art. 77 do ADCT previa percentuais mínimos da União até o ano de 2004, os quais representariam valores inferiores (14% da RCL da União)²⁵⁴ aos estabelecidos no art. 55 ADCT, o que representaria, segundo Élidea Graziani Pinto, violação ao princípio da vedação ao retrocesso, uma redução do valor dos benefícios (art. 194, IV, da CF/88).²⁵⁵ A autora entende que a vedação do retrocesso “não se situa estritamente no patamar de vedação de extinção ou redução deliberada do arranjo, mas também inclui e exige a proibição de estagnação ou restrição interpretativa que lhe retire a possibilidade de progredir.”²⁵⁶ Para ela, houve também aplicação distorcida desses recursos, os quais foram interpretados e realizados como teto, e não como base, piso, como verdadeiramente o são.

Segundo relatório de fiscalização da Saúde elaborado pelo TCU, foi constatado o importe de 20 bilhões previstos e não gastos no período de 2008 a 2013.²⁵⁷ Além disso, a vinculação das receitas do art. 195, I e II, instituída pela EC n. 29/2000 também contribuiu com o desmonte do financiamento solidário. A Desvinculação das Receitas da União (DRU), disposta pelo art. 76 da ADCT, foi citada à época de sua instituição como um atraso à progressividade, uma vez que passou a determinar a utilização de 20% dos recursos do orçamento público, inclusive do orçamento da seguridade social para outras finalidades. Já se passaram cerca de 20 anos de DRU, e essa emenda foi prorrogada diversas vezes por meio da publicação de outras Emendas Constitucionais, a última foi a EC n. 93/16, a qual prorrogou o prazo de sua vigência até 2023.²⁵⁸

Fernando Facury Scaff diz que “A DRU faz parte daquelas soluções tipicamente brasileiras, pois transforma em permanente algo que é apresentado como provisório e, sempre

²⁵⁴ PINTO, Élidea Graziane; SARLET, Ivo Wolfgang. Regime Previsto na EC n. 86/2015 deve ser piso e não o teto de gasto em saúde. **Consultor Jurídico**. São Paulo, 24 de março de 2015. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2015-mar-24/gasto-saude-previsto-ec-862015-piso-nao-teto>. Acesso em: 27 maio 2022.

²⁵⁵ PINTO, Élidea Graziane. **Financiamento dos Direitos à saúde e a educação** – uma perspectiva constitucional. Belo Horizonte. Fórum, 2015, p. 32.

²⁵⁶ MOUTINHO, Donato Volkers; DALLARI, Sueli Gandolfi. Financiamento do direito à saúde e novo regime fiscal: a inconstitucionalidade do Artigo 110 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Revista de Direito Sanitário**, v. 19, n. 3, p. 68-90, 2019, p. 74. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i3p68-90>. Acesso em: 7 abr. 2022.

²⁵⁷ BRASIL. Tribunal de Contas da União. Processo n. 032.624/2013-1. Relator: Benjamin Zymler. Julgamento: 26 mar. 2014.

²⁵⁸ CESTARI, Renata Constante. **Aspectos Jurídicos e Federativos do Financiamento da Saúde**. São Paulo, 2019, p. 63.

que o prazo de sua vigência está por vencer, acaba sendo renovada sob o argumento da crise e da possível ingovernabilidade do país”²⁵⁹.

Outrossim, mais adiante houve a edição de algumas Emendas Constitucionais que vieram a mitigar ainda mais o orçamento da União voltado à saúde, ao estabelecerem percentuais mínimos regressivos, quais sejam: a EC n. 86/15 e a EC n. 95/2016, com o fito de adoção de medidas de contenção de despesas estatais. Por terem sido comentadas anteriormente em detalhes, far-se-á, apenas algumas explicações. O art. 2º da EC n. 86/15 trata-se do maior problema, determinando um aumento progressivo de até 15% nas ASPS, calculados com base na Receita Corrente Líquida (RCL), diferente, portanto, do montante empenhado no exercício anterior acrescido de, no mínimo, o percentual da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), da LC n. 141/2012. A EC n. 95/2016 revogou o art. 2º da Emenda anterior, congelando, ao estabelecer um teto de gastos, até o momento em vigor até 2036, com obediência aos limites das despesas primárias de 2016, atualizados por correção monetária, o IPCA/IBGE (Inflação acumulada atual).²⁶⁰

Conforme entende Franciso Rosza Funcia, os dispêndios em saúde da emenda n. 95 não acompanhará o ritmo de crescimento do país, haja vista, para ele, tratar-se de um processo de desfinanciamento do SUS, gerando perdas acumuladas superior a três orçamentos anuais da saúde até 2036, cujos reflexos ocasionarão reduções nas transferências intergovernamentais, as quais representam cerca de 2/3 das despesas do Ministério da Saúde.²⁶¹

A seguir, algumas evidências acerca da situação de subfinanciamento da saúde, ou seja, de que os gastos em saúde no Brasil são insuficientes. A 1ª evidência é de que o gasto federal *per capita* caiu entre 1997 e 2008, aumentando posteriormente com a crise da gripe suína. Em 1997, eram de R\$ 294,00 *per capita*; em 2003, representou R\$ 234,00; em 2008, R\$ 289,00. A 2ª Evidência é de que houve queda do gasto percentual em relação à Receita Federal. Em 1995, o Ministério da Saúde disponibilizou 11,72% das receitas correntes brutas da União, para sua atividade. Em 2011, esse valor caiu para 7,3%. A 3ª evidência diz que

²⁵⁹ SCAFF, Fernando Facury. A DRU, os direitos sociais e o pagamento dos juros da dívida. **Consultor Jurídico**. São Paulo, 14 jul. 2015. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2015-jul-14/contas-vista-dru-direitos-sociais-pagamento-juros-divida>. Acesso em: 22 abr. 2022.

²⁶⁰ CESTARI, Renata Constante. **Aspectos Jurídicos e Federativos do Financiamento da Saúde**. São Paulo, 2019, p. 69.

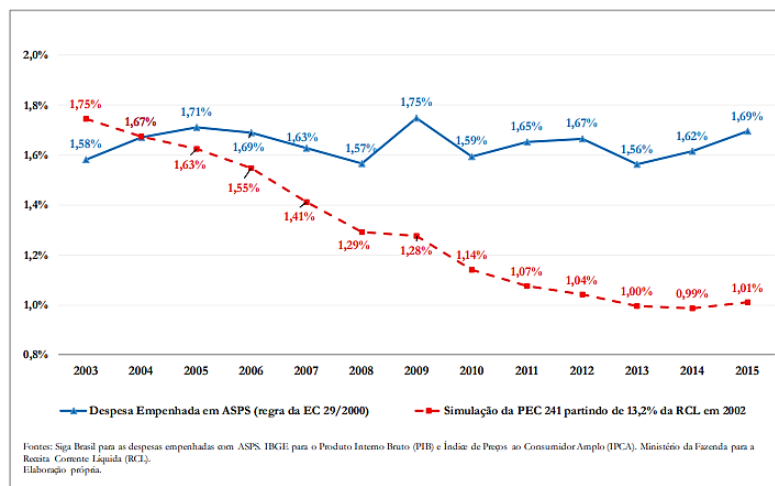
²⁶¹ FUNCIA, Francisco Rozsa. Efeitos negativos da emenda constitucional 95/2016 sobre a execução orçamentária e financeira de 2017 do Ministério da Saúde. **CMB**. Brasília, 21 fev. 2018. Disponível em: <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/noticias/2347-efeitos-negativos-da-emenda-constitucional-95-2016-sobre-a-execucao-orcamentaria-e-financeira-de-2017-do-ministerio-da-saude>. Acesso em: 27 abr. 2022.

houve queda da participação federal e aumento da participação dos estados e municípios, sendo que, em 1980, a participação federal era de 75%; a estadual, 18%; e a municipal, de 7%. Em 1991, 73% da União, 15% dos Estados e 12% dos Municípios. Em 2001, a União continua diminuindo seu gasto, agora representando 56%, os Estados, 21%, e os Municípios, 23%. Já em 2011, a União apenas contribuiu com 47%, os Estados, com 26%, e os Municípios, com 28%.²⁶²

Já o estudo da ONG Oxfam, em parceria com o Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc) e o Centro para os Direitos Econômicos e Sociais (CESR), aponta que os ajustes fiscais realizados pelo governo “estão aprofundando as desigualdades socioeconômicas na sociedade brasileira, com impactos desproporcionais sobretudo para aqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade”²⁶³.

No ano de 2016 foi feito um estudo pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) a respeito do impacto provenientes dos ajustes fiscais e constatada perda de recursos em relação às regras de vinculação das Emendas Constitucionais n. 29 e n. 86, no gráfico a seguir:

Gráfico 3 – Simulação do impacto da PEC 241 sobre o Gasto Federal do SUS caso vigorasse desde 2003 (em % do PIB), 2003 – 2015.



Fontes: Ramos²⁶⁴

²⁶² CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>. Acesso em: 7 abr. 2022.

²⁶³ VIEIRA, Fabiola Supino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e (org.). Os Impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. **Nota Técnica**, n. 28, set. 2016. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=28589. Acesso em: 23 abr. 2022.

²⁶⁴ RAMOS, André Paiva. O quadro fiscal e o novo regime fiscal (EC 95): potenciais impactos para o desenvolvimento do Brasil.

Segundo o próprio IPEA, “Enquanto a regra da EC 29 protegia o orçamento federal do SUS por meio da correção pela variação nominal do PIB, a regra proposta na PEC 241 incorpora apenas a correção pela inflação, desconsiderando a incorporação das taxas de crescimento da economia ao gasto com saúde e reduzindo a participação do gasto com saúde no PIB”, conforme a seguinte explicação:

A regra vigente de aplicação de recursos em ASPS pelo governo federal estabelece que em 2016 a aplicação mínima deve ser de 13,2% da RCL, chegando até 15,0% da RCL em 2020. Supondo que esta regra estivesse valendo a partir de 2003, sendo aplicado o valor equivalente a 13,2% da RCL de 2002 para calcular o mínimo daquele ano, a perda entre 2003 e 2015 teria sido de R\$ 257 bilhões em comparação com a aplicação realizada no período, cuja regra era dada pela EC 29. A participação da despesa com ASPS da União no PIB teria caído de 1,75% em 2003 para 1,01% em 2015 (gráfico 1). No período de 13 anos, a perda teria sido de 42,1%. Seria praticamente impossível aos estados e municípios a realização de esforço adicional para suprir a perda desses R\$ 257 bilhões. A consequência disso teria sido uma importante redução dos recursos alocados no financiamento do SUS.²⁶⁵

Ademais, para Donato Moutinho, o art. 110 do ADCT provocará, no âmbito da União, a redução da despesa mínima obrigatória *per capita* e da proporção das despesas em relação ao PIB e à RCL em ações e serviços públicos de saúde, com redução do esforço para financiamento do SUS, distante de cumprir com as obrigações pelo país assumidas, progressividade e na velocidade da sua capacidade econômica em ASPS. Para o mesmo autor, tal dispositivo acarreta um retrocesso na fruição do direito de saúde pública; por isso, deve ser considerado como inconstitucional, além do que provocará, por conseguinte, sobrepeso dos demais entes no tocante ao custeio do SUS, corroborando, como já mencionado, a crise do federalismo fiscal sanitário no país.

Em meio às crises econômica e política, o Governo Federal apresentou a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n. 241/201636, para, segundo sua exposição de motivos, estabilizar o crescimento da despesa primária e conter a expansão da dívida pública federal, com o objetivo de reverter seu quadro de desequilíbrio fiscal e retomar o crescimento da economia. Aprovada a proposta, o Congresso Nacional promulgou a EC n. 95/201637, instituindo, no âmbito da União, o novo regime fiscal, para vigorar por 20 anos, nos exercícios financeiros entre 2017 e 2036, conforme estabelece o novo artigo 106 do ADCT. Em síntese, de acordo com o artigo 107 do ADCT, o NRF tomou individualmente os valores de despesa primária pagos em 2016 – incluídos os “restos a pagar” referentes a exercícios anteriores – pelos

²⁶⁵ VIEIRA, Fabiola Supino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e (org.). Os Impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. **Nota Técnica**, n. 28, set. 2016, p. 9. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=28589. Acesso em: 23 abr. 2022.

poderes e órgãos autônomos federais e os estabeleceu – com poucas e taxativas exceções, previstas em seu parágrafo 6º – como limites reais para as despesas a serem pagas entre 2017 e 2036. Até 2026, os limites serão corrigidos unicamente pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). No período posterior a 2026, o presidente da República poderá propor, uma vez por mandato e mediante projeto de lei complementar, a alteração do método de correção, conforme artigo 108, caput e parágrafo único, combinado com o artigo 109, parágrafo 1º, inciso II, do ADCT. O NRF também alterou o regime das despesas mínimas obrigatórias a serem aplicadas pela União em ações e serviços públicos de saúde e na manutenção e no desenvolvimento do ensino.

Nesse caso, de forma ligeiramente diferente é o valor calculado – na forma do texto constitucional permanente – de aplicação mínima para 2017 – e não 2016, como previsto no limite imposto pelo artigo 107 do ADCT – que foi tomado como referência. Assim, por força do artigo 110 do ADCT, entre 2018 e 2036 o valor mínimo a ser obrigatoriamente despendido com ações e serviços públicos de saúde será igual a 15% da RCL do exercício de 2017, atualizado conforme o IPCA. Logo, como o valor da RCL da União foi de R\$ 727,3 bilhões em 2017, o valor mínimo que o governo federal deverá obrigatoriamente aplicar anualmente em ações e serviços públicos de saúde, entre 2018 e 2036, é de R\$ 109,1 bilhões (em valores correntes de 2017). Se o valor mínimo real absoluto permanecerá inalterado – congelado –, o valor mínimo per capita a ser aplicado pela União, ainda em valores correntes de 2017, em ações e serviços públicos de saúde cairá, em decorrência do crescimento populacional, de R\$ 525,32, em 2017, para R\$ 497,19 e R\$ 480,74, respectivamente em 2026 e 2036. Portanto, o NRF provocará a redução da despesa mínima obrigatória por pessoa a ser aplicada em ações e serviços públicos de saúde. Como medida do esforço econômico que o Estado faz para se desincumbir de sua responsabilidade de promover a saúde de todos, é importante verificar os efeitos do NRF na evolução dos gastos federais em relação à riqueza produzida no país. Em 2017, o valor mínimo a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde, calculado conforme o artigo 198, parágrafo 2º, inciso I, da CF/1988, equivaliu a 1,66% do PIB. Em razão do disposto no artigo 110 do ADCT, o valor mínimo a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde cairá anualmente, até chegar a 1,31% e 1,05% do PIB em 2026 e 2036, respectivamente (considerando que, para o ano de 2018, utilizou-se a estimativa de mercado de 2,7% para o PIB⁴. Para os anos entre 2019 e 2036, utilizaram-se as estimativas de crescimento anual de longo prazo previstas no projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) para o ano de 2019, cuja média de variação estimada é de 2,41% ao ano).

Em relação à RCL – considerando, por simplificação, a manutenção da relação entre a RCL e o PIB e utilizando as estimativas de crescimento indicadas no parágrafo anterior –, por conta do artigo 110 do ADCT, o valor mínimo obrigatório de despesas da União em ações e serviços públicos de saúde vai cair de 15%, em 2017 – quando ainda valeu a fórmula do artigo 198, parágrafo 2º, inciso I, da CF/1988 –, para 11,78% e 9,51% em 2026 e 2036, respectivamente. Isso permitiria, em relação à regra prevista no texto permanente da Constituição, uma perda máxima acumulada pelo sistema de

saúde de R\$ 144,4 bilhões até 2026 e de R\$ 627,8 bilhões até 2036, em valores correntes de 2017.²⁶⁶

Segue afirmando que uma das justificativas para a existência do 110 do ADCT é o de que o Congresso Nacional terá, anualmente, a opção de aplicar valor superior ao mínimo estipulado no dispositivo, porém esse entendimento não merece prosperar, em função de que tal emenda estabelece um teto para os gastos públicos, e, em um contexto de crise, déficit do orçamento da Previdência Social, a concorrência por recursos do setor da saúde com a da previdência social ficará cada vez mais difícil, como segue:

Pode-se até argumentar, como justificativa para o artigo 110 do ADCT, que o Congresso Nacional, terá anualmente a opção de destinar mais recursos à saúde, via processo orçamentário. Porém, como alertam Fabiola Vieira e Rodrigo Benevides, isso é pouco provável num cenário em que o “teto de gastos” imposto pela EC n. 95/2016 convive, por exemplo, com a explosão das necessidades de financiamento do Regime Geral de Previdência Social, que saltarão de 2,84% do PIB, em 2019, para 6,01% do PIB, em 2036. Logo, o NRF permitirá que a União reduza seu esforço econômico para oferecer saúde pública à população em relação aos últimos anos.²⁶⁷

Ademais, menciona-se que após a publicação da Emenda que estabeleceu o Novo Regime Fiscal, em tela, foram ajuizadas no Supremo Tribunal Federal algumas Ações Diretas de Inconstitucionalidade: as ADI n. 5.633, n. 5.643, n. 5.658 e n. 5.680. A ADI n. 5.658 requer a declaração de inconstitucionalidade do art. 110, como também a interpretação do art. 107 do ADCT introduzido pela EC n. 95/2016. Um dos argumentos ventilados é de que a Emenda estaria esvaziando um dos principais aspectos da democracia, a discricionariedade governamental sobre a alocação dos recursos públicos, até 2036, com adição apenas no que diz respeito ao montante oriundo da correção inflacionária. A ADI defende que a limitação dar-se-ia somente no tocante aos gastos primários (aqueles que excluem direitos ou criam uma obrigação, ou seja, despesas com saúde, educação, previdência social, assistência social, investimentos em infraestrutura), restando excluídas as despesas com pagamento da dívida pública, o que, segundo os defensores da Emenda do teto dos gastos, levaria a crescimento econômico, geração de emprego e renda. Analisando-se somente a letra fria da Emenda, poder-se-ia chegar a uma decisão precipitada de que a correção pela inflação representaria um aumento progressivo, porém, analisando-se segundo cálculos de cunho econômico-financeiro

²⁶⁶ MOUTINHO, Donato Volkens; DALLARI, Sueli Gandolfi. Financiamento do direito à saúde e novo regime fiscal: a inconstitucionalidade do Artigo 110 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Revista de Direito Sanitário**, v. 19, n. 3, p. 68-90, 2019, p. 83. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i3p68-90>. Acesso em: 7 abr. 2022.

²⁶⁷ *Ibid.*, p. 84.

somado ao cenário internacional de valores mínimos para a saúde, considerando-se o crescimento e envelhecimento da população, haverá uma redução dos gastos federais aplicados no setor. A população que em 2016 era de 206 milhões chegará a 236 milhões em 2036; são cerca de 20 milhões de pessoas a mais, mas o montante destinado à saúde continuará o mesmo. Espera-se que haja redução *per capita* dos valores em saúde. O orçamento federal em 2016 previa um gasto de R\$ 519,00 reais por pessoa; em 2036, os gastos federais com saúde reduzirão para cerca de R\$ 211,00 reais por pessoa.²⁶⁸

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) tem o mesmo entendimento quando afirma, na Recomendação n. 18/16, que a Emenda em tela se trata de um retrocesso para o financiamento da saúde ao afirmar que o crescimento da receita e da economia será desconsiderado no estabelecimento dos valores mínimos do piso; aponta que a perda será de 415 bilhões de recursos para o SUS.²⁶⁹

Dito isso e tomando como cerne esse cenário, Élica Graziane Pinto e Salomão Ximenes apresentam alternativas, outras possibilidades. Para eles são parâmetros pautados na legislação vigente que permitem melhor alocação do recurso público, a seguir:

- a proibição de despesas com publicidade institucional e shows artísticos nos casos em que o ente político não tem quitada a folha de salários em dia e/ou está inadimplente com os pisos constitucionais em saúde e educação (Lei n. 9.504/1997, arts. 73, VI, e 75);
- a execução da dívida ativa dos diferentes entes governamentais, evitando-se a prescrição delas, por todos os meios lícitos, inclusive o protesto extrajudicial (Lei n. 8.429/1992, art. 10, X; Lei n. 9.492/1997, art. 1º);
- o controle sobre as renúncias de receitas sem lastro na correspondente e indispensável medida compensatória, sobretudo as que são concedidas por prazo indeterminado, diante do seu impacto desarrazoado (LRF, art. 14, *caput* e § 2º; Lei n. 8.666/1993, art. 57, § 3º) e que acaba por perpetuar ilegal e inconstitucionalmente privilégio fiscal no orçamento público.²⁷⁰

Os citados autores complementam sobre a necessidade de reforma tributária como forma de enfrentamento da regressividade e irracionalidade federativa do nosso modelo arrecadatório. Alega que a EC n. 95/2016 balizou os gastos primários para descomprimir as despesas financeiras, ressaltando a necessidade de fixar balizas para gestão da dívida pública federal e estabelecendo limites máximos para o endividamento.

²⁶⁸ FUNCIA, Francisco Rozsa; SANTOS, Lenir. Breves Comentários sobre a reprovação do relatório anual de gestão 2017 do Ministério da Saúde. **IDISA – Instituto de Direito Sanitário Aplicado. Domingueira**, n. 33, out. 2018 *apud* CESTARI, Renata Constante. **Aspectos Jurídicos e Federativos do Financiamento da Saúde**. São Paulo, 2019, p. 76.

²⁶⁹ *Ibid.*, *loc. cit.*

²⁷⁰ PINTO, Élica Graziane; XIMENES, Salomão Barros. Financiamento dos direitos sociais na Constituição de 1988: do “pacto assimétrico” ao “estado de sítio fiscal”. **Educação & Sociedade**, v. 39, n. 145, p. 980-1003, 2018, p. 997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ES0101-73302018209544>. Acesso em: 3 maio 2022.

No que tange às renúncias fiscais, como um dos pontos ventilados como possível alternativa à tentativa de contenção do esvaziamento de recursos SUS, tendo em vista a limitação de gastos estipulados pela Emenda n. 95/2016, é estudado com mais riqueza de detalhes no próximo capítulo.

2.6 Fundos de saúde

2.6.1 Conceito e natureza jurídica dos *Fundos de Saúde Pública*

Segundo Carvalho e Santos, o Fundo Público de Saúde pode ser definido da seguinte maneira:

Modalidade de gestão de recursos, criado por lei e revestido de certas formalidades, com o fim de ser o receptor único de todos os recursos destinados à saúde, em cada esfera de governo: recursos financeiros destinados a custear as ações e os serviços públicos de saúde, sejam dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal ou dos municípios, bem como transferências de uma esfera estatal a outra, e recursos de outras fontes devem ser depositados no fundo de saúde.²⁷¹

No mesmo sentido define José Cretella Junior como “patrimônio, constituído de dinheiro, ações ou bens afetados”²⁷². Ademais, José Maurício Conti entende como “um conjunto de recursos utilizados como instrumento de distribuição de riqueza, cujas fontes de receita lhe são destinadas para uma finalidade determinada ou para serem redistribuídos segundo critérios preestabelecidos”²⁷³.

A seguir, alguns dispositivos da Lei n. 4.320/64 que citam os chamados fundos especiais:

- i) art. 71. Constitui fundo especial o produto de receitas especificadas que, por lei, se vinculam à realização de determinados objetivos ou serviços, facultada a adoção de normas peculiares de aplicação.
- ii) art. 72. A aplicação das receitas orçamentárias vinculadas a fundos especiais far-se-á através de dotação consignada na Lei de Orçamento ou em créditos adicionais.
- iii) art. 73. Salvo determinação em contrário da lei que o instituiu, o saldo positivo do fundo especial apurado em balanço será transferido para o exercício seguinte, a crédito do mesmo fundo.
- iv) art. 74. A lei que instituir fundo especial poderá determinar normas peculiares de controle, prestação e tomada de contas, sem, de qualquer

²⁷¹ CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão dos Fundos de Saúde**. Brasília, 5 maio 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/gestao-dos-fundos-de-saude/>. Acesso em: 23 mar. 2022.

²⁷² CRETILLA JÚNIOR, José. **Dicionário de direito administrativo**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1999, s.v. *Fundo público*.

²⁷³ CONTI, José Mauricio. **A autonomia financeira do Poder Judiciário**. São Paulo: MP, 2006, p. 154.

modo, elidir a competência específica do Tribunal de Contas do órgão equivalente.²⁷⁴

Já a Lei n. 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, versa, no art. 33, que os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde “serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde”.

A Lei n. 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde em seu art. 1º, § 2, diz que os Conselhos de Saúde atuam entre outras funções no aspecto econômico e financeiro, e que para os entes políticos públicos recebam os recursos de que trata o art. 3º da mesma lei, cada um dos entes, dentre outros requisitos, deve contar com Fundos de Saúde. Como observar-se-á, mais a frente, que os Conselhos de Saúde terão função imprescindível de fiscalizadora de controle interno dos recursos empregados na saúde pública do Brasil.

Portanto, tomando como fulcro a inteligência dos dispositivos acima, pode-se dizer que os fundos de saúde pública consistem em “instrumentos de gestão orçamentária e financeira sem personalidade jurídica, constituído por um conjunto de recursos públicos, reunidos em conta especial, destinados às ações e serviços públicos de saúde”²⁷⁵.

Ademais, nota-se que os fundos de saúde servem para potencializar, tornar mais eficiente a utilização dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde mediante:

- O cumprimento do preceito constitucional no que se refere à aplicação dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde por intermédio de fundos de saúde.
- A implementação do planejamento orçamentário e financeiro na aplicação dos recursos destinados às ações e serviços de saúde.
- O aperfeiçoamento da gestão orçamentária, financeira e contábil realizada pelos gestores estaduais e municipais.
- A produção, disponibilização e utilização de informações gerenciais sobre a gestão dos recursos do SUS.
- A melhoria dos indicadores de saúde populacional, do sistema e da rede de serviços, com a indução de equilíbrio inter-regional.

²⁷⁴ BRASIL. Presidência da República. Lei n. 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 182. Brasília, 23 mar. 1964, p. 2745.

²⁷⁵ SANTOS, Ricart César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016, p. 139.

- A avaliação da efetividade da aplicação dos recursos.²⁷⁶

Quanto a sua instituição, os Fundos de Saúde são originados por lei (art. 14 da Lei n. 141/2012), mantidos em funcionamento pela administração direta da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, como unidade gestora e orçamentária dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde.²⁷⁷ No tocante ao Fundo nacional de Saúde, vale destacar algumas definições.

O Fundo Nacional de Saúde (FNS) trata-se de um fundo especial organizado de acordo com as diretrizes do SUS, com recursos previstos na Lei Orçamentária Anual (LOA) e tem como base o Plano Plurianual dos Projetos e Ações Governamentais; esses recursos são provenientes de fontes nacionais (receitas do Tesouro Nacional e de arrecadação direta do FNS), bem como recursos internacionais, concedidos por instituições financeiras por meio de acordos entre essas instituições e o governo brasileiro, como o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) para financiamento de projetos na área de saúde. O FNS é gerido pelo seu diretor-executivo, sob a supervisão do secretário-executivo do Ministério da Saúde, com observância do Plano Nacional de Saúde e o Plano Plurianual do Ministério da Saúde, nos termos das normas definidoras da LOA, Plano Plurianual do Ministério da Saúde e do Plano Nacional de Saúde.

Quanto à execução, esta se dá por meio da Unidade Gestora da Diretoria do Fundo Nacional de Saúde e das unidades gestoras das áreas técnicas do MS. Nas unidades federadas, por meio das unidades gestoras descentralizadas junto às representações estaduais e unidades assistenciais do SUS; de modo centralizado, junto à supervisão e gestão do Ministério da Saúde.²⁷⁸ Esses recursos serão empregados para o provimento de despesas correntes e de capital do MS, seus órgãos e suas entidades da administração direta e indireta do SUS; transferências para a cobertura de ações e serviços de saúde, que serão executados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios; financiamento destinado à melhoria da capacidade instalada de unidades e serviços do SUS, investimentos e outras despesas previstos na LOA e no PPA do MS.

²⁷⁶ CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão dos Fundos de Saúde**. Brasília, 5 maio 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/gestao-dos-fundos-de-saude/>. Acesso em: 23 mar. 2022.

²⁷⁷ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Lei nº 141/2012 e os Fundos de Saúde**. Brasília: CONASS, 2013, p. 41.

²⁷⁸ CONASS, *op. cit.*

Por último, vale tratar sobre a natureza dos fundos públicos em saúde. Existe divergência doutrinária a respeito do assunto, no que diz respeito a sua personalidade jurídica. Alguns autores entendem que os fundos não teriam personalidade jurídica, mas seriam dotados de capacidade jurídica. José Crettela Júnior é um dos adeptos dessa teoria, ao defender que os fundos, apesar de não possuírem personalidade jurídica, nem de direito público, nem de direito privado, seriam dotados de capacidade jurídica, o que lhes equipararia à massa falida, à herança jacente, ao condomínio em edifício e à câmara municipal, sendo-lhes possível figurar na relação jurídico-processual como parte.²⁷⁹

Já segundo entendimento de outros estudiosos do tema, o fundo não tem personalidade, nem capacidade jurídica, sendo puramente contábil. Assim entendem José Maurício Conti, Marcus Abraham²⁸⁰, Carlos Alberto de Moraes Ramos Filho, Haroldo da Costa Reis.²⁸¹ Para Régis Fernandes de Oliveira, o fundo não possui vontade jurídica, não pode ser considerado pessoa jurídica, não realiza a prática de atos jurídicos, contratos, não podendo, portanto, ir a juízo em qualquer dos polos da demanda.²⁸² Vale lembrar que o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) é considerado por lei como uma autarquia, pois possui autonomia, gestão independente e quadro de funcionários próprio, além de ter natureza bem diferente da dos Fundos de Saúde, objeto do trabalho em tela.²⁸³

Portanto, entende-se os Fundos de Saúde Pública como unidades sem personalidade jurídica, capacidade jurídica, os quais não podem vir a participar de nenhum dos polos em uma relação jurídica, cujos recursos não lhes pertencem, e sim ao ente de direito público interno (União, Estados, DF, Municípios). Ademais, o art. 14 da LC n. 141/2012 estabelece que os fundos têm caráter de unidade orçamentária e gestora, ou seja, a lei não diz que são órgãos orçamentários, já que são compostos por um conjunto de unidades orçamentárias, assim como explica a Lei de Diretriz Orçamentária, qual seja, de que as unidades orçamentárias representam o menor nível da classificação institucional. Enquanto órgão orçamentário é o maior nível da classificação institucional, com finalidade de agrupar

²⁷⁹ CRETTELLA JÚNIOR, José. **Dicionário de direito administrativo**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1999, s.v. *Fundo público*.

²⁸⁰ ABRAHAM, Marcus. **Curso de direito financeiro brasileiro**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, p. 82.

²⁸¹ REIS, Haroldo da Costa; MACHADO JÚNIOR, José Teixeira. **A lei 4.320 comentada e a lei de responsabilidade fiscal**. 33. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010, p. 150.

²⁸² OLIVEIRA, Régis Fernandes de. **Curso de direito financeiro**. 6. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014, p. 523.

²⁸³ É o que dispõe o art. 1º, da Lei nº 5.537/1968: “É criado, com personalidade jurídica de natureza autárquica, vinculado ao Ministério da Educação e Cultura, o Fundo Nacional do Desenvolvimento da Educação (FNDE) (Redação dada pelo Decreto-Lei nº 872, de 1969)”.

unidades orçamentárias.²⁸⁴ Por exemplo, o Ministério da Saúde é um órgão orçamentário, enquanto o FNS, uma unidade dele.

Entende-se por unidade gestora a unidade orçamentária ou administrativa que tem como função gerir recursos orçamentários e financeiros próprios ou sob descentralização. Isso significa dizer que, além dos Fundos de saúde receberem recursos, também os gerem do ponto de vista orçamentário.²⁸⁵

Os recursos serão depositados em contas-correntes especiais onde devem ficar até seu destino, transferência a outros entes da federação.²⁸⁶

2.6.2 Do repasse e aplicação dos recursos mínimos

Conforme reza a redação do art. 16 da LC n. 141/2012, visto a seguir, as transferências destinadas aos serviços de saúde serão realizadas diretamente ao respectivo fundo de saúde do ente da federação; faz-se necessário tecer breves explanações a respeito das formas de transferências empregadas pelos entes federados. Tais repasses têm como objetivo precípuo o desequilíbrio federativo apontado no financiamento do setor, analisado em tópico anterior. Tais repasses podem ser classificados em verticais (entre União, Estados e Municípios) e horizontais (entre os Estados entre si e os Municípios do mesmo modo considerados). Além dessa classificação, também há outra, quanto às formas de transferências intergovernamentais: transferências voluntárias e obrigatórias; esta última trata-se das transferências constitucionais e infraconstitucionais, sendo também chamadas pela doutrina de automáticas.²⁸⁷ Do mesmo modo entende José Maurício Conti, quando tais receitas são realizadas em decorrência de dispositivo legal que é cumprido e sem interferência de decisões

²⁸⁴ LDO 2015, art. 5º, V e VI (BRASIL. Presidência da República. Lei n. 13.080, de 2 de janeiro de 2015. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2015 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, Edição Extra, n. 1-A. Brasília, 2 jan. 2015, p. 1).

²⁸⁵ SANTOS, Ricart César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016, p. 139.

²⁸⁶ Art. 32, § 2º, da Lei nº 8.080 (BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 182. Brasília, 20 set. 1990, p. 18055) e Art. 13, § 2º, da LC 141/2012 (*id.* Lei Complementar n. 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 jan. 2012, p. 1).

²⁸⁷ SANTOS, Ricart César Coelho dos, *op. cit.*, *loc. cit.*

submetidas ao crivo discricionário de uma autoridade são conhecidas entre os estudiosos por “*revenue sharing arrangements*”²⁸⁸

Os art. 12 a 16 da Lei Complementar n. 141/2012 tratam sobre o repasse e aplicação dos recursos mínimos da União aos demais entes federados; estes serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, para serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde.²⁸⁹

O § 2º do art. 13 aborda que os recursos da União serão transferidos aos demais entes da Federação e movimentados, até sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira federal, observados os critérios e procedimentos definidos em ato próprio do Chefe do Poder Executivo da União.²⁹⁰

As transferências realizadas

[...] aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios devem realizar-se, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada sua destinação e, no caso de pagamento, o credor (§ 4º, art. 13, da LC n. 141/2012).

O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde (art. 14 da LC n. 141/2012).²⁹¹

Os repasses dos recursos previstos nos art. 6º e 8º serão feitos diretamente ao Fundo de Saúde do respectivo ente da Federação e no caso da União, às demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde.²⁹² O § 3º do art. 16 da LC em questão diz que as instituições financeiras referidas no § 3º do art. 164 da Constituição Federal

[...] são obrigadas a evidenciar, nos demonstrativos financeiros das contas correntes do ente da Federação, divulgados inclusive em meio eletrônico, os

²⁸⁸ CONTI, José Mauricio; SCAFF, Fernando Facury; BRAGA, Carlos Eduardo Faraco (coord.). **Federalismo fiscal**: questões contemporâneas. Florianópolis: Conceito Editorial, 2010, p. 27 *apud* SANTOS, Ricart César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016, p. 139.

²⁸⁹ BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar n. 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 jan. 2012, p. 1.

²⁹⁰ *Ibid.*, *loc. cit.*

²⁹¹ *Ibid.*, *loc. cit.*

²⁹² Artigo 16 da LC 141/2012 (*ibid.*, *loc. cit.*).

valores globais das transferências e as parcelas correspondentes destinadas ao Fundo de Saúde, quando adotada a sistemática prevista no § 2º deste artigo, observadas as normas editadas pelo Banco Central do Brasil.

Note-se que a Seção II da LC n. 141/2012, que trata do repasse e aplicação dos recursos mínimos, distingue quanto à possibilidade apenas da União de repassar os mencionados recursos mínimos ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, sendo que os Estados, DF e Municípios, por sua vez, repassarão seus recursos mínimos diretamente aos seus respectivos fundos de saúde, que descentralizarão para suas unidades orçamentárias, havendo necessidade. A lei ainda reconhece os Fundos de Saúde como unidades gestoras e orçamentárias exclusivas das ações e serviços públicos de saúde.²⁹³

A Seção III refere-se à movimentação dos recursos da União e cita os art. 9º e 35 da Lei n. 8.080/90 e os arts. 71 e 198 da CF/88, recomendando critérios para a transferência dos recursos da União, incluindo os de investimento, aos Estados, Municípios e DF. Também traça parâmetros para o rateio dos recursos da União repassados aos demais entes políticos públicos, ressaltando que eles observarão: i) as necessidades da saúde da população, ii) as dimensões epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas e da capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, iii) o prelecionado no art. 35 da Lei n. 8.080, de 1990. Esse dispositivo, no que lhe toca, traz outros requisitos: recomenda que seja utilizada uma combinação de critérios como: i) perfil demográfico da região; ii) perfil epidemiológico a ser coberto; iii) características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; iv) desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; v) níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; vi) previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; vii) ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.²⁹⁴

O § 1º do art. 17 aduz que o Ministério da Saúde “definirá e publicará anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde”. No parágrafo em comento, observa-se que há um fluxo para aprovação dos valores em que a matéria primeiramente precisa ser aprovada nos fóruns de gestores – CIB ou CIT – para

²⁹³ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Lei nº 141/2012 e os Fundos de Saúde**. Brasília: CONASS, 2013, p. 22.

²⁹⁴ *Ibid.*, p. 23.

depois ser aprovada nos Conselhos – CNS e CES. Os recursos destinados a investimento terão programação revisada anualmente e em sua alocação serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

O Poder Executivo manterá os Conselhos de Saúde e Tribunais de Contas de cada ente da federação cientes sobre o “montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, estados e Municípios”, segundo a forma estabelecida no inciso I do *caput* do art. 9º da Lei 8.080 de 1990.²⁹⁵

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde,

[...] destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, Distrito Federal ou pelos municípios, serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos”

Para tal disposição já havia previsão no art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (art. 18 da LC n. 141/2012). No caso da celebração de convênios para a transferência desses recursos será considerada como exceção para situações específicas, devendo ser adotados os meios previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal.²⁹⁶

Nota-se que o art. 18 mencionado acima trata sobre as transferências serem automáticas, obrigatórias, portanto o repasse desses valores não sofrerá interrupções e nem serão passíveis da discricionariedade do gestor público; consiste num mandamento, imperativo constitucional e regulado pela norma legal, tendo em vista que tal recurso será destinado, portanto, à preservação e proteção das vidas das pessoas. A redação do mesmo artigo também dispensa a necessidade de celebração por meio de convênios e demais instrumentos jurídicos, exatamente para evitar que haja mais um obstáculo às transferências desses recursos. Ademais, também trata sobre o modo dos repasses, os quais serão realizados

²⁹⁵ BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar n. 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 jan. 2012, p. 1.

²⁹⁶ *Id.* Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Lei nº 141/2012 e os Fundos de Saúde**. Brasília: CONASS, 2013, p. 24.

mediante fundo a fundo, isto é, do fundo nacional de saúde aos fundos dos demais entes, os quais, por sua vez, serão depositados em contas especiais.²⁹⁷

Vale lembrar que os recursos da União, enquanto estiverem no FNS, pertencem à União; após o repasse aos fundos dos entes subnacionais, tais recursos pertencerão ao patrimônio do respectivo ente. Como será visto a seguir, as mesmas regras vistas acima, concernentes aos repasses da União aos outros entes subnacionais, também serão aplicadas para os repasses dos Estados aos seus respectivos municípios.

O mesmo art. 18, no seu parágrafo único, destaca a segunda modalidade de transferência: as transferências voluntárias, supramencionadas, trazendo algumas das características dessa modalidade de repasse, como o fato de ser aplicada em situações específicas, ou seja, não será aplicada como regra nas transferências de recursos da saúde. Será utilizada, portanto, perante objetivo específico, conforme o art. 25, § 2º, da Lei de Responsabilidade Fiscal, dentre outros requisitos determinados naquele artigo da LRF.²⁹⁸

A seção IV trata dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ASPS, que serão realizados assim como para a União, segundo os critérios de necessidade de saúde da população e leva em consideração as i) dimensões epidemiológicas, demográfica, socioeconômica e espacial e a ii) capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal

A metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual dos recursos dos municípios deverão ser explicitados pelos Planos Estaduais de Saúde, pactuadas pelos

²⁹⁷ SANTOS, Ricart César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016, p. 140.

²⁹⁸ “Art. 25. Para efeito desta Lei Complementar, entende-se por transferência voluntária a entrega de recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação, a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinação constitucional, legal ou os destinados ao Sistema Único de Saúde.

§ 1º São exigências para a realização de transferência voluntária, além das estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias:

I - existência de dotação específica;

II - (VETADO)

III - observância do disposto no inciso X do art. 167 da Constituição;

IV - comprovação, por parte do beneficiário, de:

a) que se acha em dia quanto ao pagamento de tributos, empréstimos e financiamentos devidos ao ente transferidor, bem como quanto à prestação de contas de recursos anteriormente dele recebidos;

b) cumprimento dos limites constitucionais relativos à educação e à saúde;

c) observância dos limites das dívidas consolidada e mobiliária, de operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, de inscrição em Restos a Pagar e de despesa total com pessoal;

d) previsão orçamentária de contrapartida.

§ 2º É vedada a utilização de recursos transferidos em finalidade diversa da pactuada.

§ 3º Para fins da aplicação das sanções de suspensão de transferências voluntárias constantes desta Lei Complementar, excetuam-se aquelas relativas a ações de educação, saúde e assistência social.”

gestores estaduais e municipais, em comissão intergestores bipartite e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.²⁹⁹ O Tribunal de Contas e o Conselho de Saúde serão cientificados pelo Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso II do *caput* do art. 9º da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, do montante de recursos transferidos para os Estados e Municípios com base no Plano Estadual de Saúde.

As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde de forma regular e automática em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde e em situações específicas; os recursos estaduais poderão ser repassados aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária, ou seja, por meio de convênios entre Estados e Municípios.³⁰⁰

Ademais, a LC em comento trata que os Estados e Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar, entre si, parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial, pactuadas pelos entes envolvidos, os quais deverão estar em consonância com a Lei n. 8.080 de 1990, mais especificamente os art. 10 e 18; Lei n. 8.142/90, art. 3º; e Lei n. 11.107/05.³⁰¹ Vale ressaltar a observância da Portaria n. 72 de 01 de fevereiro de 2012 publicada pela Secretaria do Tesouro Nacional que estabelece normas gerais de consolidação das contas dos consórcios públicos a serem observadas na gestão orçamentária, financeira e contábil, em conformidade com os pressupostos da Lei de responsabilidade fiscal.³⁰²

Embora já explicitado em tópicos anteriores, vale ressaltar quadro resumo, explicativo, a respeito das aplicações mínimas dos entes federados em ações e serviços públicos de saúde, lembrando que se compreende na base de cálculo dos percentuais dos

²⁹⁹ Artigo 19, parágrafo 1º da LC n. 141/2012 (BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar n. 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 jan. 2012, p. 1).

³⁰⁰ Artigo 20 da LC n. 141/2012 (*ibid.*, *loc. cit.*).

³⁰¹ Artigo 21, parágrafo único da LC n. 141/2012 (*ibid.*, *loc. cit.*).

³⁰² *Id.* Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Lei nº 141/2012 e os Fundos de Saúde**. Brasília: CONASS, 2013, p. 25.

Estados, Distrito Federal e dos Municípios qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no § 2º do art. 198 da Constituição Federal, além da dívida ativa, multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial. Para o cálculo do valor dos recursos mínimos considerar-se-á os decorrentes da dívida ativa, da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa, além de que para Estados, Distrito Federal e Municípios deve ser observado o disposto nas respectivas Constituições ou Leis Orgânicas no caso dos percentuais nelas estabelecidos que forem superiores aos fixados na Lei Complementar para aplicação em ações e serviços públicos de saúde.³⁰³

Quadro 3 – Aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde.

Aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde	
União	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. Em caso de variação negativa do PIB, o valor não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro. , em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro. (Atualmente essa redação não é válida, pois foi revista pela EC 86/2015) Veja o que vigora hoje nos itens 4.1.4 e 4.1.5.1.
Estados e Distrito Federal	12% no mínimo 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.
Municípios e Distrito Federal	15% no mínimo 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.
Distrito Federal	12% no mínimo do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

Fonte: Site do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde em Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS

2.6.3 Das restrições à entrega dos recursos

O art. 22 da Lei Complementar n. 141/2012 deixa muito clara a proibição da exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no inciso II do § 3º do art. 198³⁰⁴ da Constituição Federal na modalidade regular prevista nessa lei complementar, os quais são

³⁰³ CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Aplicação de Recursos em Ações e dos Públicos de Saúde**. Brasília, 5 maio 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/aplicacao-de-recursos-em-aco-es-e-dos-publicos-de-saude/>. Acesso em: 23 mar. 2022.

³⁰⁴ “Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (Vide ADPF 672)

[...]

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000) Regulamento

[...]

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; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).”

considerados transferências obrigatórias destinadas ao custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, sobre os quais não se aplicam as vedações do inciso X do art. 167 da Constituição Federal³⁰⁵ e do art. 25 da Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000.³⁰⁶

No mesmo sentido, o art. 160 da CF/88 preleciona que é vedada a retenção ou qualquer restrição à entrega e ao emprego dos recursos atribuídos nesta seção, qual seja, da repartição das receitas tributárias, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, neles compreendidos adicionais e acréscimos relativos a impostos, com ressalva à possibilidade prevista no parágrafo único do mesmo dispositivo, em que a vedação prevista no dispositivo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos: i) ao pagamento de seus créditos, inclusive de suas autarquias; e ii) ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III.³⁰⁷

Observa-se que o art. 160 supracitado, segundo Ricart Cesar Coelho dos Santos, em sua obra *Financiamento da Saúde Pública*, trata-se do uso de uma espécie constitucional de vinculação para desestimular a prática de uma conduta por um ente estatal, considerando, desse modo, que a hipótese encerra uma vinculação punição, sancionando os entes que descumprem os gastos mínimos em saúde, restringindo a entrega dos valores devidos a título de FPE ou FPM. Além disso, o referido artigo trata que o condicionamento a que se refere diz respeito aos recursos disciplinados na seção do texto constitucional que trata, por sua vez, do rol da “Repartição de Receitas Tributárias”; portanto, não abrange as transferências intergovernamentais da área de saúde que se referem ao art. 198, § 3º, II, da CF/88, não

³⁰⁵ “Art. 167. São vedados:

[...]

X - a transferência voluntária de recursos e a concessão de empréstimos, inclusive por antecipação de receita, pelos Governos Federal e Estaduais e suas instituições financeiras, para pagamento de despesas com pessoal ativo, inativo e pensionista, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998).”

³⁰⁶ “Art. 25. Para efeito desta Lei Complementar, entende-se por transferência voluntária a entrega de recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação, a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinação constitucional, legal ou os destinados ao Sistema Único de Saúde.”

³⁰⁷ “Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (*Vide* ADPF 672)

[...]

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

[...]

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).”

podendo ser admitidas transferências de recursos do FNS ou dos fundos estaduais de saúde com fulcro no art. 160.³⁰⁸

Em referência ao art. 22 da lei Complementar, permite que a transferência automática seja condicionada a duas situações lecionadas no parágrafo único, incisos I e II, do mesmo artigo: i) à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito do ente da Federação e ii) à elaboração do Plano de Saúde. Note-se que o legislador conferiu importância fundamental aos Fundos de Saúde, condicionando a exceção ao seu efetivo funcionamento, e aos Conselhos de Saúde, haja vista sua importante função de fiscalização dos recursos da saúde. Já os planos de saúde são imprescindíveis por traçar as bases de planejamento do setor, possibilitando os repasses dos recursos.

No que diz respeito às transferências voluntárias, serão tratadas a seguir segundo o que se depreende das normas constitucionais e legais sobre a questão, a começar pela Lei de Responsabilidade Fiscal, em que se encontram dispositivos que tratam sobre a suspensão das transferências voluntárias ao ente que venha a descumprir com suas disposições, entre elas o art. 11, parágrafo único, da LRF, que diz que é vedada a realização de transferências voluntárias para o ente que não observe o disposto no *caput* no que se refere aos impostos; o art. 23, § 3º, inciso I, menciona que, enquanto perdurarem os excessos descritos no art. 20 da LRF, quando não alcançada a redução no prazo estabelecido e enquanto perdurar o excesso, o Poder ou órgão referido no art. 20, não poderá receber transferências voluntárias. O art. 31, § 2º, da LRF diz que, enquanto as dívidas consolidadas de um ente não forem reconduzidas ao seu limite, o ente ficará impedido de receber transferências voluntárias da União ou do Estado. Já o art. 33, § 3º, da referida lei dispõe no mesmo sentido: o de sancionar o não cumprimento do disposto no mesmo dispositivo da LRF, à suspensão das transferências voluntárias. Ademais, na mesma direção pode-se citar os art. 51, § 2º; art. 52, § 2º; art. 55, § 3º; e art. 70, § único. Não obstante, como visto acima, o art. 25, § 3º, da LRF estabelece uma exceção para quando os recursos forem destinados a assistir os serviços de saúde pública, educação e assistência social, ou seja, não será aplicada penalidade de suspensão das transferências voluntárias nessa situação aos entes que descumprirem quaisquer das disposições estipuladas pela LRF, uma vez que são serviços considerados essenciais à coletividade, conforme preleciona a própria Carta Magna.³⁰⁹ Tal entendimento encontra baliza

³⁰⁸ SANTOS, Ricart César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016, p. 144.

³⁰⁹ DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Arts. 18 a 28. In: MARTINS, Ives Gandra da Silva; NASCIMENTO, Carlos Valder do (org.). **Comentário à lei de responsabilidade fiscal**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2011. p.

do Superior Tribunal de Justiça (STJ) por meio de decisões traçadas no mesmo sentido, como o Recurso Especial n. 1.407.866, afirmando que nenhuma das exigências do § 1º do art. 25 da LRF seriam aplicadas mediante o descumprimento de alguns dos seus requisitos aos repasses às áreas de saúde, educação e assistência social.

Mais adiante, o art. 26 da LC nº 141/2012 também versa sobre condicionamento ao dizer que,

[...] para fins de efetivação do disposto no inciso II do § 1º do art. 160 da Constituição Federal³¹⁰, o condicionamento da entrega de recursos poderá ser feito mediante exigência da comprovação de aplicação adicional do percentual mínimo que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício imediatamente anterior, apurado e divulgado segundo as normas estatuídas nessa Lei Complementar, depois de expirado o prazo para publicação dos demonstrativos do encerramento do exercício previstos no art. 52 da Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000.

Neste dispositivo vale a crítica a respeito de que a menção feita ao art. 198, § 2º, I e II, da CF/88, foi inadequada, uma vez que tais dispositivos contidos na redação do art. 160 da CF/88 trata dos repasses relativos aos percentuais mínimos dos Estados e Municípios, e não das transferências intergovernamentais na área da saúde, o que, por sua vez, leva a crer que o legislador quis fazer menção ao § 3º, II, do art. 198 da CF/88.

O art. 26, § 3º, da lei em tela deixa claro que o teor das medidas restritivas do *caput* deste artigo será suspenso de imediato após a comprovação por parte do ente da Federação beneficiária da “aplicação adicional do montante referente ao percentual que deixou de ser aplicado, observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício corrente”.

O art. 39, § 6º, da LC n. 141/2012 aduz que o descumprimento do previsto no mesmo artigo ocasionará na suspensão das transferências voluntárias entre os entes subnacionais, observadas as normas do art. 25 da LRF.

Em 2015, segundo a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), alguns autores também tratam que outro argumento utilizado na tentativa de obstaculizar os repasses de recursos da União para Estados e municípios é a inscrição do respectivo ente no Cadastro Informativo de

225 *apud* SANTOS, Ricart César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016, p. 145.

³¹⁰ “Art. 160. É vedada a retenção ou qualquer restrição à entrega e ao emprego dos recursos atribuídos, nesta seção, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, neles compreendidos adicionais e acréscimos relativos a impostos.

§ 1º A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos:

[...]

II - ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III.”

créditos não quitados do setor público federal (CADIN), ou no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), ou no registro no Serviço Auxiliar de Informações para Transferências Voluntárias (CAUC).³¹¹ O entendimento do STJ e do STF bem como o art. 26 da Lei n. 10.522/2002 vão na contramão da referida afirmação, determinando que tais restrições não podem alcançar “a execução de ações sociais ou ações em faixa de fronteira”³¹².

Para o STJ, a execução de ações sociais abarcada pela Lei n. 10.522/2002 refere-se às ações voltadas ao custeio das ações que vivem a execução dos direitos sociais constitucionais. O STF tem pacificado seu entendimento no sentido de impossibilitar a de se utilizar a inscrição nos cadastros restritivos federais para impedir a celebração de convênios ou instrumentos congêneres entre o ente subnacional e a União.

Vale lembrar que a LDO de 2022 não contém essa previsão; ao contrário, na Subseção II, das transferências ao Sistema Único de Saúde, diz que para a transferência de recursos no âmbito do SUS, inclusive aquela efetivada por meio de convênios ou instrumentos congêneres, não será exigida a contrapartida dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. A inconstitucionalidade da restrição reflete o caráter emergencial e essencial da prestação dos serviços de saúde. A falta de recursos para o setor acarretaria sérios prejuízos à população, que seria a mais severamente punida a despeito dos gestores, verdadeiros responsáveis pela inadimplência; estes sim devem ser penalizados com rigor.

Em suma, a Lei Complementar n. 141/2012 veda a restrição à entrega dos recursos na modalidade regular ou automática, prevista na lei Complementar, uma vez que são considerados como transferência obrigatória destinadas ao custeio das ações e serviços públicos de saúde do SUS; sobre tais transferências obrigatórias não se aplicam as vedações

³¹¹ LDO 2015, art. 73, “Parágrafo único: A demonstração, por parte dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, do cumprimento das exigências para a realização de transferência voluntária se dará exclusivamente no momento da assinatura do respectivo convênio ou contrato, ou na assinatura dos correspondentes aditamentos de valor, e deverá ser feita por meio de apresentação, ao órgão concedente, de documentação comprobatória da regularidade ou, a critério do beneficiário, de extrato emitido pelo Serviço Auxiliar de Informações para Transferências Voluntárias – CAUC, o qual terá validade mínima de 120 (cento e vinte) dias, ressalvadas as exigências contidas em lei complementar, sendo dispensado para os Municípios inclusos no programa Territórios de Cidadania, conforme a Lei nº 12.249, de 11 de junho de 2010, ou por sistema eletrônico de requisitos fiscais que o substitua, disponibilizado pela Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda, para os itens nele previstos” (BRASIL. Presidência da República. Lei n. 13.080, de 2 de janeiro de 2015. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2015 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, Edição Extra, n. 1-A. Brasília, 2 jan. 2015, p. 1).

³¹² “Art. 26. Fica suspensa a restrição para transferência de recursos federais a Estados, Distrito Federal e Municípios destinados à execução de ações sociais ou ações em faixa de fronteira, em decorrência de inadimplementos objetos de registro no Cadin e no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal – SIAFI”.

do inciso X do art. 167 da Constituição Federal. Isso significa dizer que o legislador atribuiu exigências para as transferências voluntárias, além das estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, quais sejam:

i) existência de dotação específica, ii) observância do disposto no inciso X do art. 167 da Constituição, iii) comprovação, por parte do beneficiário, de a) que se acha em dias quanto ao pagamento de tributos, empréstimos e financiamentos devidos ao ente transferidor, bem como quanto à prestação de contas de recursos anteriormente dele recebidos; b) cumprimento dos limites constitucionais relativos à educação e à saúde; c) observância dos limites das dívidas consolidada e mobiliária, de operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, de inscrição em Restos a Pagar e de despesa total com pessoal; d) previsão orçamentária de contrapartida, [sendo] vedada a utilização de recursos transferidos em finalidade diversa da pactuada [e também] para fins de aplicação das sanções de suspensão de transferência voluntária constantes desta Lei Complementar, excetuam-se aquelas relativas a ações de educação, saúde e assistência social”.

A Lei também determina que a vedação expressa não impede a União, e os Estados de condicionarem a entrega dos recursos à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de saúde no âmbito do ente da Federação, e a elaboração do Plano de Saúde, modificando, portanto, as condicionantes para recebimento dos recursos referentes a ações e serviços de saúde, definindo apenas os três mencionados acima, diferente dos condicionantes mencionados no art. 4º da Lei n. 8.142/90, que ainda incluía o relatório de gestão, a contrapartida de recursos no orçamento e a comissão de elaboração do plano de carreira, cargos e salários.³¹³

Vale ressaltar sobre a Fixação Inicial e Cálculo dos Valores Mínimos, na Seção V, que, “para fixação inicial dos valores correspondentes aos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, será considerada a receita estimada na lei do orçamento anual, ajustada, quando for o caso, por lei que autorizar a abertura de créditos adicionais”. O parágrafo único do mesmo art., qual seja, o art. 23 da LC n. 141/2012, diz que “as diferenças entre a receita e a despesa previstas e as efetivamente realizadas que resultem no não atendimento dos percentuais mínimos obrigatórios serão apuradas e corrigidas a cada quadrimestre do exercício financeiro”.

O dispositivo seguinte da mesma Lei diz que, para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere essa lei complementar, serão consideradas: i) as despesas liquidadas e pagas no exercício; e ii) as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar

³¹³ CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Aplicação de Recursos em Ações e dos Públicos de Saúde**. Brasília, 5 maio 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/aplicacao-de-recursos-em-aco-es-e-dos-publicos-de-saude/>. Acesso em: 23 mar. 2022.

até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde.

Os §§ 1º e 2º do art. 24 da LC em comento dizem que “A disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, considerados para fins do mínimo na forma do inciso II e posteriormente cancelados ou prescritos, deverá ser, necessariamente, aplicada em ações e serviços públicos de saúde” “até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos Restos a Pagar, mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente.”

Para apuração dos percentuais mínimos, o § 3º do art. 24 da mesma Lei aduz que

Nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, serão consideradas para fins de apuração dos percentuais mínimos fixados nesta Lei Complementar as despesas incorridas no período referentes à amortização e aos respectivos encargos financeiros decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º de janeiro de 2000, visando ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde.³¹⁴

O parágrafo seguinte diz que

Não serão consideradas para fins de apuração dos mínimos constitucionais definidos nesta Lei Complementar as ações e serviços públicos de saúde referidos no art. 3º: I - na União, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, referentes a despesas custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade ou quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita, nos casos previstos nos arts. 6º e 7º.³¹⁵

Eventual diferença que implique o não atendimento, em determinado exercício, dos recursos mínimos previstos na Lei Complementar, deverá ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis.³¹⁶

³¹⁴ BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar n. 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 jan. 2012, p. 1.

³¹⁵ *Ibid.*, *loc. cit.*

³¹⁶ Artigo 25 da LC n. 141/2012 (BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar n. 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 jan. 2012, p. 1).

Segundo o Conselho nacional de Saúde, a LC definiu que compete ao Tribunal de Contas, no âmbito de suas atribuições, verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição, sem prejuízo da manutenção do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops) pelo Ministério da Saúde.³¹⁷

2.6.4 Do processo de planejamento e orçamento

No que diz respeito ao Planejamento e Orçamento, o art. 30 da LC n. 141/2012 diz que os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto naquela Lei Complementar.³¹⁸

O § 1º do mesmo artigo da LC expõe que o “processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos”. Tal dispositivo amplia o rol de detalhes no processo de planejamento e orçamento contidos no art. 36 da Lei n. 8.080/90, que, além de abordar que o processo de planejamento e orçamento será ascendente, do nível local ao federal, também serão ouvidos seus respectivos órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

Ademais, o § 1º do art. 36 da Lei n. 8.080/90 diz que os “planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária”, indo ao encontro com do teor dos §§ 2º e 3º do art. 30 da LC n. 141/2012, que dizem que os “planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade inter-regional” e que “os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.” Nota-se que a Lei Complementar n. 141/2012 cria o plano regional como novo documento a ser desenvolvido na região de saúde.

³¹⁷ CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Aplicação de Recursos em Ações e dos Públicos de Saúde**. Brasília, 5 maio 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/aplicacao-de-recursos-em-acoes-e-dos-publicos-de-saude/>. Acesso em: 23 mar. 2022.

³¹⁸ BRASIL, *op. cit., loc. cit.*

O § 2º do art. 36 da Lei n. 8.080/90, ainda assim, trata que “é vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.” O art. 37 da Lei n. 8.080/90 trata que “Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa”. Esse mesmo entendimento, no § 4º da LC n. 141/2012, será confirmado, porém estendido a todos os Conselhos de Saúde.

Concernente aos Planos de Saúde, a lei complementar traz algumas novidades, são elas: o art. 31, parágrafo único, que estabelece que a “transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde” e “e o encaminhamento, pelos gestores, da programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da Lei de Diretrizes Orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, conforme o § 2º do art. 36”³¹⁹.

2.6.5 Da transparência, visibilidade, fiscalização e controle

O assunto da Transparência e Controle dos recursos de saúde pública foi abordado não somente pela norma constitucional, mas também por dispositivos legais infraconstitucionais, como será visto a seguir. Antes, para melhor entendimento de alguns termos empregados, faz-se necessário explicar os dois sistemas de controle empregados pela Constituição Federal: controle interno e externo. Entende-se por controle interno aquele exercido pelos órgãos do poder que realizam a receita ou despesa em análise; ele deve comunicar o Tribunal de Contas (art. 74, VI, da CF). Já o controle externo, por outro lado, trata-se do realizado por órgão diverso daquele que realiza a despesa ou a receita. Segundo o art. 71 da CF/88 será exercido pelo Congresso Nacional, Tribunal de Contas, no caso da União; para os demais entes, será realizado pelo tribunal de contas e poder legislativo do respectivo ente.³²⁰

³¹⁹ CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Aplicação de Recursos em Ações e dos Públicos de Saúde**. Brasília, 5 maio 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/aplicacao-de-recursos-em-acoes-e-dos-publicos-de-saude/>. Acesso em: 23 mar. 2022.

³²⁰ SANTOS, Ricart César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016, p. 174.

Sabe-se que o art. 198, III, da CF/88, como densamente abordado em tópicos anteriores declara que uma das diretrizes do SUS é a participação da comunidade; sendo assim, para efetivação dessa diretriz, a norma constitucional instituiu a criação dos Conselhos de Saúde, assim como nota-se pela redação do art. 77 do ADCT, introduzido pela EC n. 29/2000, em seu § 3º, em que os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde, que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal³²¹. Esse dispositivo salvaguarda a função do controle interno de cada ente federado no que diz respeito à fiscalização dos recursos de saúde pública.

Assim como dispõe o § 3º, inciso III, do art. 198 da CF/88, a Lei Complementar n. 141/2012, que será reavaliada a cada cinco anos, trata sobre as normas de fiscalização, avaliação e controle, mais especificamente no capítulo IV, seção I, que, por sua vez, diz que acaba por serem aplicadas nos próprios fundos de saúde, uma vez que, como já tratado, todos os repasses intergovernamentais de recursos de saúde pública ocorrerão por meio daqueles. Portanto, a lei Complementar disporá sobre as regras de *accountability* (termo em inglês para tratar sobre assuntos relacionados com assuntos de controle e fiscalização orçamentária).

Um dos dispositivos da Lei Complementar n. 141/2012 é o art. 25, parágrafo único, que diz que “compete ao Tribunal de Contas, no âmbito de suas atribuições, verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição, sem prejuízo do disposto no art. 39³²² e observadas as normas estatuídas nessa Lei Complementar”. Interpreta-se deste último dispositivo que o controle

³²¹ “Art. 74. Os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário manterão, de forma integrada, sistema de controle interno com a finalidade de:

I - avaliar o cumprimento das metas previstas no plano plurianual, a execução dos programas de governo e dos orçamentos da União;

II - comprovar a legalidade e avaliar os resultados, quanto à eficácia e eficiência, da gestão orçamentária, financeira e patrimonial nos órgãos e entidades da administração federal, bem como da aplicação de recursos públicos por entidades de direito privado;

III - exercer o controle das operações de crédito, avais e garantias, bem como dos direitos e haveres da União;

IV - apoiar o controle externo no exercício de sua missão institucional.

§ 1º Os responsáveis pelo controle interno, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade, dela darão ciência ao Tribunal de Contas da União, sob pena de responsabilidade solidária.

§ 2º Qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato é parte legítima para, na forma da lei, denunciar irregularidades ou ilegalidades perante o Tribunal de Contas da União.”

³²² “Art. 39. Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas de cada ente da Federação, o Ministério da Saúde manterá sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações.”

externo realizado pelo Tribunal de Contas se daria mesmo na ausência de controles internos pelos entes federados, por força de norma constitucional, no art. 74, IV, da CF/88.

O art. 27 aborda que os órgãos do controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor e do Ministério da Saúde devem dar ciência ao Ministério Público, Tribunal de Contas competentes ao detectarem que os recursos previstos no inciso II, § 3º, do art. 198 da CF/88 estão sendo utilizados em ações e serviços diversos do originalmente pactuado, com vistas:

- i) à adoção das providências legais, no sentido de determinar a imediata devolução dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse; e ii) à responsabilização nas esferas competentes.

A título de transparência, o art. 31 da Lei Complementar diz que será dada ampla divulgação, inclusive por meios eletrônicos de acesso público, como a rede mundial de computadores, internet, pelos órgãos gestores de saúde da União, Estados, DF e Municípios das prestações de contas periódicas da saúde para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a “i) comprovação do cumprimento do disposto na LC n. 141/2012; ii) relatório de gestão do SUS, iii) avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da federação”. O processo de transparência e visibilidade serão assegurados mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.

O art. 37 da LC em tela diz que os órgãos fiscalizadores examinarão, prioritariamente na prestação de contas previstas no art. 56 da LC n. 101/2000, o cumprimento do disposto no art. 198 da CF/88 e nesta Lei Complementar; após parecer prévio, será submetido a julgamento pelo Poder Legislativo. O art. 38 da LC evidencia ainda mais a importância do Poder Legislativo para cuja instituição é atribuída o papel de auxiliar na fiscalização do cumprimento das normas da Lei Complementar principalmente no que diz respeito:

- i) à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual; ii) ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias; iii) à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar; iv) às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde; v) à aplicação dos recursos vinculados ao SUS; vi) à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

No art. 39 da LC n. 141/2012 depreende-se que o Ministério da Saúde disponibilizará as informações relativas aos recursos empregados orçamento de todos os entes federados,

incluindo sua execução nas ações e serviços públicos de saúde por sistema de registro eletrônico centralizado, de livre acesso ao público. Observa-se que, atualmente, todas essas informações são disponibilizadas por meio do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS).

No art. seguinte da mesma Lei, os Poderes Executivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios disponibilizarão, aos respectivos Tribunais de Contas, informações sobre o cumprimento dessa Lei Complementar, com a finalidade de subsidiar as ações de controle e fiscalização.³²³

Os Conselhos de Saúde também terão função precípua, como esclarece o art. 41 da Lei Complementar, ao dizer que, após análise quadrimestral dos relatórios consolidados do

[...] resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução dessa Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas, encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

É por meio do Conselho de Saúde que há a efetivação da participação popular no setor da saúde pública; como preconiza o art. 198 da CF/88, é por meio dos conselhos de saúde que se efetiva o controle social no que diz respeito às ações e serviços de saúde. O art. 33 da Lei n. 8.080/1990 diz que os recursos do SUS serão movimentados sob a fiscalização dos Conselhos de Saúde.³²⁴

O art. 4º, II, da Lei n. 8.142/90 condiciona o recebimento dos recursos de que trata o art. 3º da mesma Lei (os recursos do FNS voltados à cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal): existência de um “Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n. 99.438, de 7 de

³²³ Artigo 40 da LC 141/2012 (BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar n. 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 jan. 2012, p. 1).

³²⁴ “Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.
 § 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.
 § 2º (Vetado).
 § 3º (Vetado).”

agosto de 1990”. Já a Lei Complementar em tela, condiciona a entrega dos recursos pela União e Estados à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde.

2.7 Conclusão

Ao final do estudo do presente capítulo, pode-se tecer algumas considerações a respeito dos diversos assuntos aqui tratados. O Brasil, ao internalizar a saúde como direito fundamental na Lei Maior, estabelece mecanismos jurídicos de proteção constitucional e legal. Levando em conta o SUS como organizado de forma regionalizada e hierarquizada, estabelece regras de repartição de competência entre os entes, o chamado federalismo cooperativo. O que compete a cada um dos entes é tratado pela Lei n. 8.080/1990, que delimita a competência da União, Estados e Municípios. Tratou-se sobre a vinculação de receitas dos entes federados ao setor, destacando o papel regressivo da União no repasse dos recursos federais aos demais entes, consubstanciada pelas Emendas n. 86/2015 e n. 95/2016. Esses dispositivos contrariam o estabelecido no art. 55 do ADCT, que, por sua vez, determinou a alocação de 30% do orçamento da seguridade social ao setor. A Emenda Constitucional n. 29/2000 ajustou as regras de custeio, estabelecendo percentuais mínimos somente para Estados e Municípios, deixando a União sem parâmetros definidos, sob o pretexto de que eles viriam com a promulgação da lei complementar. Dito isto, a LC n. 141/2012 foi publicada, e nada estipulou sobre os percentuais mínimos; ela convencionou como base de cálculo o valor empenhado no exercício anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente ao PIB do exercício financeiro anterior. A EC n. 86/2015, por sua vez, estipulou uma alíquota que chegaria à União de modo progressivo, que começaria em 13,2% em 2016 até 15% em 2020. A EC n. 95/2016 estabeleceu um teto para as despesas primárias, entre elas os gastos relativos à saúde e demais direitos sociais que se pautaram no valor gasto no exercício anterior corrigido pelo IPCA. Ambas as Emendas foram alvos de Ações Diretas de Inconstitucionalidade, entre elas a ADI n. 5.595, que trata sobre a regressividade do financiamento, com requerimento da compensação de 3,2 bilhões a título de custeio, somado ao resto a pagar, cancelados até 2015; o pedido cautelar foi deferido no sentido a determinar o pagamento para o exercício de 2016.

A ADI n. 5.658 combateu a EC n. 95/2016 sob o argumento de que o congelamento dos gastos com despesas até 2036 anularia a discricionariedade dos gestores públicos quanto à prerrogativa que lhes incumbida de alocar os recursos públicos, impossibilitando maiores aportes e em desconformidade com o crescimento do país. Ademais, após ter-se estabelecido

a base jurídica quanto à origem dos recursos do SUS, abordou-se os dispositivos legais de como os repasses desses recursos são realizados entre os fundos intergovernamentais.

3 GASTOS TRIBUTÁRIOS

3.1 Introdução

Na ausência de jurisprudência concentrada especificamente nas renúncias fiscais no âmbito da saúde pública, este capítulo tem como objetivo analisar e tecer ideias incentivadoras do debate sobre a eficácia da política fiscal de renúncia de receitas concedidas no âmbito da saúde pública no Brasil, tomando como fulcro o monitoramento realizado pelo Tribunal de Contas da União, sendo citadas também suas recomendações aos órgãos gestores, tendo em vista o aperfeiçoamento da predita Corte em prol de melhorias no processo fiscalizatório, haja vista ter-se verificado algumas importantes fragilidades.

Tomamos como fulcro a contextualização do problema, qual seja, a indagação de alguns estudiosos no âmbito do financiamento da saúde pública brasileira, os quais, partindo da premissa de um cenário de “subfinanciamento” da saúde, indagam sobre a eficácia de tais políticas fiscais de benefícios tributários federais em saúde, haja vista, por essas renúncias, representarem um gasto indireto do governo e deixarem de ser aplicadas diretamente no setor, sendo, portanto, imprescindível, como normas indutoras que são, a análise da eficácia de resultados delas: se elas atendem os objetivos definidos na norma, se as medidas que se pretendem alcançar estão sendo concretizadas.

Para tanto, iniciou-se tratando sobre o conceito de *gasto tributário*, com a posterior explanação do arcabouço jurídico constitucional e legal que estabelece medidas para a instituição e ampliação das renúncias. Expôs-se também indicadores numéricos relativos aos gastos tributários em saúde obtidos dos *sites* do Ministério da Economia e do próprio Ministério da Saúde, atentando-se para o crescimento das renúncias fiscais em saúde quando comparada à totalidade das renúncias federais até adentrar-se na análise de jurisprudência do TCU, dos últimos dez anos, que, apesar de não tratarem especificamente sobre as renúncias em saúde, podem ser usadas como parâmetro para a discussão de tal tema, de modo a propiciar maior debate à luz do arcabouço jurídico e financeiro sobre o tema. Não é intuito deste capítulo tratar sobre o aspecto social, doravante as questões correlatas à justiça distributiva no tocante à aplicação dessas renúncias.

3.2 Contextualizando o Problema

Os capítulos anteriores trataram sobre o cenário de “subfinanciamento” da saúde pública no Brasil. Averiguou-se as inúmeras emendas e demais instrumentos normativos que

contribuíram para essa contextualização, culminando na Emenda Constitucional n. 95/2016, a qual estabeleceu um teto global para as despesas primárias por cerca de 20 anos, bem como também limitou os gastos mínimos em saúde e educação, indo na contramão, segundo alguns autores, do que está determinado na Constituição Federal de 1988 quanto à proteção aos direitos fundamentais.³²⁵

Mediante a esse quadro, com vistas ao uso mais responsável e adequado dos recursos públicos em consonância com o preconizado na CF/88, foi levantada a proposta do controle sobre as renúncias de receitas tributárias, sobre as quais são atribuídas a não observância a algumas medidas prelecionadas na Lei de Responsabilidade Fiscal, no tocante ao que será explorado quando da análise dos acórdãos do Tribunal de Contas da União.

Esses incentivos fiscais, gastos tributários indiretos, representam recursos públicos não recolhidos pelo Estado e, portanto, não aplicados diretamente nas políticas de saúde, sendo, do ponto de vista da justiça distributiva, indesejável, segundo alguns estudiosos, no campo da política pública, sob a justificativa de que elas beneficiam, portanto, o setor privado e os estratos superiores de renda³²⁶ e seriam mais bem utilizadas caso aplicadas como gastos diretos, por meio da arrecadação tributária, com fiscalização mais rigorosa, melhor transparência dos gastos, destinadas à finalidade pela qual foi criado.

3.3 Conceito de *Gastos Tributários*

3.3.1 Conceituação de *Despesa Pública, Subvenções e Benefícios Fiscais*

Tendo como objetivo nuclear deste estudo a análise dos gastos tributários, para melhor conceituação do instituto, analisou-se preliminarmente conceitos anexos a ele, na esteira do entendimento de diversos doutrinadores, como também fez-se a análise dos conceitos de *benefício fiscal*, *despesas públicas* e *subvenções*, uma vez que esses institutos representam gasto, dispêndio direto ou indireto por parte do Poder Público, no caso em tela, da União, por meio dos gastos federais. As expressões supracitadas consistem em termos similares, portanto a distinção de seus conceitos merece atenção.

Para Aliomar Baleeiro, a despesa pública é um ato político, como sendo a aplicação por parte do Estado de um conjunto de dispêndios que tem por finalidade a consecução de

³²⁵ PINTO, Élide Graziane; XIMENES, Salomão Barros. Financiamento dos direitos sociais na Constituição de 1988: do “pacto assimétrico” ao “estado de sítio fiscal”. **Educação & Sociedade**, v. 39, n. 145, p. 980-1003, 2018, p. 996. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ES0101-73302018209544>. Acesso em: 3 maio 2022.

³²⁶ OCKÉ-REIS, Carlos Otávio. **Mensuração dos Gastos Tributários em Saúde 2003-2006**. Rio de Janeiro: IPEA, 2011. (Texto para discussão, 1637), p. 6.

serviços públicos, ou outro fim a cargo do governo, fazendo parte do orçamento em que são encontradas as autorizações para gastos e funções governamentais.³²⁷

Em outras palavras, o mesmo autor entende que, para que haja despesa pública, faz-se necessário haver o emprego de dinheiro público, para fins públicos. Caso haja a efetivação da finalidade pública sem aplicação de dinheiro público, não se trata de despesa, mas de outro processo financeiro e administrativo. Outra característica é que tal dispêndio deve ser autorizado pelo Poder Legislativo. De acordo com o princípio da tipicidade quantitativa, esses valores gastos pelo Estado devem ser quantificados com prévia aprovação legal.

Dito isso e delimitado o conceito de *despesa pública*, resta tratar primeiramente sobre o conceito de *subvenção*. A subvenção é um tipo de despesa pública que consiste em transferências diretas do Estado para entidades privadas, sem uma contraprestação. Ou seja, as subvenções são prestações do Estado para específicos entes privados sem correspondente contraprestação econômica, diferente das demais despesas públicas diretas em que o Estado recebe uma contraprestação pelo valor dispendido.³²⁸

Alguns doutrinadores, entendem a subvenção segundo seu critério finalístico, qual seja, o de estimular a geração de emprego e crescimento econômico. Assim, interpreta o direito francês, português e brasileiro. No francês, a subvenção é a “soma de dinheiro que se emprega periodicamente ou em sua totalidade a um ente privado com o objetivo de facilitar o funcionamento de um empreendimento privado que pratica atividades de interesse público.”³²⁹ No Direito Português, o “conceito genérico de subvenção reporta-se à ajuda financeira direta efetuada pelo Estado a favor de determinadas entidades coletivas ou singulares”³³⁰. Por fim, no direito brasileiro, ficou a cargo do art. 12, § 3º da Lei n. 4.320/64 determinar o conceito de *subvenção* como sendo: “transferências destinadas a cobrir receitas de custeio das entidades beneficiadas”. Podem ser de dois tipos: i) sociais, as que se destinam a entidades sem finalidade lucrativa e visarão à prestação de serviços essenciais de assistência social e

³²⁷ BALEEIRO, Aliomar. **Uma Introdução à Ciência das Finanças e à Política Fiscal**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1964, p. 73.

³²⁸ HENRIQUES, Elcio Fiori. **O regime jurídico do gasto tributário no direito brasileiro**. 2009. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009, p. 15. Disponível em: doi:10.11606/D.2.2009.tde-15062011-153003. Acesso em: 03 jun. 2022.

³²⁹ JÈZE, Gaston. **Principios Generales de Derecho Administrativo**. Tradução: Millán Almagro. Primeira Parte. Buenos Aires: Depalma, 1949, p. 53.

³³⁰ MARTINS, Guilherme Waldemar D'Oliveira. **A Despesa Fiscal e o Orçamento do Estado no Ordenamento Jurídico Português**. Coimbra: Almedina, 2004, p. 106.

ii) econômicas, as que se destinam a empresas privadas do ramo industrial, comercial, agrícola ou pastoril.³³¹

Nesse sentido é o entendimento de Regis Fernandes de Oliveira, quando determina subvenção como um auxílio financeiro, previsto no orçamento público para ajudar entidades a desenvolver atividades assistenciais, culturais ou empresariais.³³² Alguns doutrinadores entendem que as subvenções devem ser concedidas com discricionariedade do ente público e mediante justificativa de ordem pública e disponibilidade de caixa.³³³

Dito isso, do todo exposto pode-se obter os seguintes elementos definidores das subvenções: i) são despesas públicas, ii) são despesas diretas, iii) não exigem contraprestação, iv) precisam de justificativa orçamentária, v) são usadas para beneficiar, prestar auxílio a determinada entidade privada sem finalidades lucrativas, conforme a redação da Lei n. 4320/64.

3.3.1.1 Comparativo Conceitual e de Controle das Subvenções e Benefícios Fiscais

Em decorrência das semelhanças conceituais entre subvenções e benefícios fiscais, principalmente no tocante aos seus efeitos, bem como a diversidade de expressões, vocábulos utilizados pela legislação para referir-se aos termos supracitados, faz-se necessário detalhar e analisar a diferença de cada um desses institutos a fim de facilitar o entendimento a respeito deles e do conceito a ser visto de *gasto tributário*.

Tendo analisado o conceito de *despesa pública*, conclui-se que os benefícios fiscais são espécie do gênero, assim como as subvenções, porém distinguem-se destas porque trata-se de normas tributárias as quais resultam para os contribuintes beneficiados em uma redução do tributo devido, portanto uma redução da arrecadação do Estado. Ambas têm como ponto convergente um benefício ao particular, uma perda arrecadatória por parte do Estado e empobrecimento do ente público; por conseguinte, enriquecimento do contribuinte. A diferença dá-se no sentido de que a subvenção se classifica como gasto direto, com a efetiva transferência de recursos do Tesouro. Já os benefícios fiscais, na medida em que levam a renúncia de receitas, classificam-se como gastos indiretos, uma vez que os valores deixam de

³³¹ HENRIQUES, Elcio Fiori. **O regime jurídico do gasto tributário no direito brasileiro**. 2009. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009, p. 16. Disponível em: doi:10.11606/D.2.2009.tde-15062011-153003. Acesso em: 03 jun. 2022.

³³² OLIVEIRA, Regis Fernandes. **Curso de Direito Financeiro**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006, p. 371.

³³³ TORRES, Ricardo Lobo. **Tratado de Direito Constitucional Financeiro e Tributário**. v. 3. Rio de Janeiro: Renovar, 1999, p. 366-367.

ser recolhidos ao Erário. Daí residem as bases para pontuar-se algumas diferenças quanto ao controle.

Stanley Surrey expõe que, segundo a legislação orçamentária da maioria dos países, apenas os gastos diretos do Estado se submetem à aprovação direta e quantificada, portanto os gastos decorrentes de benefícios fiscais não estariam sujeitos ao controle do processo orçamentário³³⁴, uma vez que a redução da carga tributária imposta pela norma instituidora do benefício fiscal não ser passível de mensuração quantitativa; tais benefícios, em função disso, são aprovados sem essa limitação. Os benefícios fiscais são aprovados como as demais leis tributárias, com mais facilidade, por serem normas sem custo aparente ou, melhor, não passam pelo crivo apurado do Processo Orçamentário, realizado pelo Congresso Nacional.³³⁵

Nesse sentido, Elcio Fiori entende que a

[...] indeterminação quantitativa faz com que a aprovação de benefícios fiscais seja substancialmente distinta da aprovação de transferências diretas de recursos porque as subvenções são aprovadas dentro do processo legislativo orçamentário, em que, dentro de uma quantidade limitada de recursos, são escolhidos pelo Poder Legislativo os dispêndios de maior prioridade. Tal impossibilidade quanto a mensuração, quantificação prévia dos valores renunciados por meio dos benefícios fiscais, dificulta o planejamento financeiro responsável por mitigar o controle do Estado sobre suas finanças.³³⁶

Ao contrário, as despesas públicas diretas, tem seus valores previamente determinados, aprovados periodicamente por meio do processo legislativo orçamentário. No tocante aos gastos decorrentes dos benefícios fiscais, a aprovação legislativa dá-se quando da instituição do gasto, no momento da votação da lei, que, inclusive, tem sua vigência prorrogada por tempo indeterminado, até sua respectiva revogação por outro instrumento legal. Tal aspecto é o que explica o estigma de “benefícios eternos”, gastos sem fim (*open-ended funding*). Uma vez instituídos, eles podem permanecer por um longo período, já que são raras as propostas no sentido a suprimi-los.³³⁷

Outro problema que merece atenção no âmbito dos benefícios fiscais é que, por todos os aspectos já citados, não há controle rigoroso quanto à destinação dos recursos, quando, por se tratar de recursos públicos, deveria existir controle contábil mais eficaz, assim como ocorre

³³⁴ SURREY, Stanley S.; McDANIEL, Paul R. **Tax Expenditures**. Cambridge: Harvard University Press, 1985, p. 100.

³³⁵ SWIFT, Zhicheng Li. **Managing the Effects of Tax Expenditures on National Budgets**, p. 6 *apud* HENRIQUES, Elcio Fiori. **O regime jurídico do gasto tributário no direito brasileiro**. 2009. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009, p. 28. Disponível em: doi:10.11606/D.2.2009.tde-15062011-153003. Acesso em: 03 jun. 2022.

³³⁶ *Ibid.*, *loc. cit.*.

³³⁷ *Ibid.*, p. 24.

com os gastos diretos. O uso do dispêndio público deveria ser justificado de modo que seja direcionado para o mesmo fim ao qual foi destinado, a exemplo do que acontece com os gastos diretos. Isso significa dizer que, no caso das subvenções, por ser um gasto direto e como tem-se conhecimento dos destinatários, então é passível de uma fiscalização mais apurada pelos órgãos de controle interno e externo dos entes federados.

Pela falta de controle estrito quanto aos destinatários dos benefícios fiscais, quer seja sobre a destinação dos recursos renunciados, outro ponto que merece atenção consiste na permissão da criação da desigualdade, sendo que, geralmente, os indivíduos mais abastados são aqueles que mais se aproveitam das reduções da carga tributária, por terem uma renda maior quando comparada com os mais pobres, que, por sua vez, recolhem pouco ou sobre os quais não há incidência de tributação sobre a renda por não atingirem a base de cálculo mínima para tanto.³³⁸

Dito isso, são muitos os problemas levantados quanto ao controle, fiscalização das renúncias públicas oriundas dos benefícios fiscais, por carecerem de transparência. Isto é, o simples fato de essas despesas não serem levadas ao exame do legislativo pode instigar o oportunismo fiscal, na medida que esses benefícios representam um mecanismo mais conveniente por possibilitar que os gastos públicos não sejam submetidos ao controle do processo orçamentário.³³⁹

3.3.2 Da Definição de *Gasto Tributário*

Previamente, ressalta-se que, para o exato entendimento a respeito do conceito de *gasto tributário*, como uma estimativa, mensuração dos gastos indiretos, em benefícios fiscais concedidos pelo governo, vale a pena analisar a gênese desse conceito, cujo marco inicial encontra-se nos estudos de Stanley S. Surrey quando desenvolveu um trabalho na Secretaria do Tesouro Americano dos Estados Unidos, nas décadas de 1960 e 1970.³⁴⁰

³³⁸ SURREY, Stanley S.; McDANIEL, Paul R. **Tax Expenditures**. Cambridge: Harvard University Press, 1985, p. 136.

³³⁹ NÓBREGA, Marcos. Renúncia de Receita; Guerra Fiscal e Tax Expenditure: Uma Abordagem do Art. 14 da LRF, p. 21 *apud* HENRIQUES, Elcio Fiori. **O regime jurídico do gasto tributário no direito brasileiro**. 2009. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009, p. 24. Disponível em: doi:10.11606/D.2.2009.tde-15062011-153003. Acesso em: 03 jun. 2022.

³⁴⁰ Sobre essa questão, *cf.* PUREZA, Maria Emilia Miranda. Disciplinamento das renúncias de receitas federais – inconsistências no controle dos gastos tributários. *In*: CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Renúncia de Receitas Tributárias: o Enfoque Orçamentário das Inconsistências Conceituais**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 04 abr. 2007. p. 1-17, p. 6. (Estudo Técnico 5/2007). Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2007/Estudo052007.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2008. Vale destacar que, como será visto, na Alemanha no mesmo período desenvolveu-se a prática de reportar o efeito financeiro dos benefícios fiscais em um relatório de subsídios, *cf.* Capítulo 1, item 1.6.

O estudo de Stanley deu-se em virtude de uma precária situação financeira dos Estados Unidos, provocada pelos excessivos gastos sociais com o governo Johnson e com os custos da guerra do Vietnã, o que levou os Estados Unidos a enfrentar um cenário de déficit orçamentário e aumento da inflação. Para enfrentar essa situação, o Congresso criou uma comissão cujo objetivo estava em estudar e encontrar uma solução para os excessivos gastos do governo. Stanley Surrey, então, destacou que não foram examinadas as perdas de recursos públicos provenientes de benefícios fiscais; no orçamento não constavam os valores gastos por meio da concessão de benefícios fiscais.³⁴¹ Foi constatado que os dispêndios com gastos tributários eram superiores aos gastos diretos do governo com desenvolvimento habitacional. Esse estudo culminou na promulgação da *Revenue Expenditure Control Act*, em que se previa o aumento do Imposto de Renda em 10% e a diminuição dos gastos do governo. Tal medida levou a uma reforma fiscal, como uma resposta à insatisfação popular. Nessa reforma, seria inserido ao orçamento um relatório com a estimativa numérica dos dispêndios indiretos, dos benefícios fiscais e foram propostos cortes dos dois tipos de despesas.³⁴²

Aos gastos tributários, despesas tributárias, adotou-se o termo *tax expenditure*, e seria o termo a partir de então empregado para referir-se às renúncias de receitas produto dos benefícios fiscais. Os estudos sobre *tax expenditures* de Stanley foram publicados em sua obra *Pathways to Tax Reform*. No governo do presidente Richard Nixon, tornou-se obrigatória a mensuração dos gastos tributários no orçamento público, o *Budget Act*, no ano de 1974.

A partir de tal prática em prol de mais transparência dos recursos do orçamento público, outras organizações, como a Organização para o Comércio e Desenvolvimento Econômico (OCDE), desenvolveram regras em prol da transparência orçamentária adotadas pelos seus países membros. Atualmente, diversos países, inclusive o Brasil, têm a prática de incluir nos seus orçamentos informações sobre as renúncias fiscais, que, a partir de então, passaram a controlar com mais eficácia os efeitos dessas renúncias ao Erário Público, porém, resta lembrar, sem a quantificação exata atribuída às despesas públicas diretas. Ainda assim, possibilita comparações mais assertivas quanto aos dois tipos de políticas adotadas. Na esteira desse pensamento, arrola-se algumas características quanto aos gastos tributários: i) são

³⁴¹ Cf. SURREY, Stanley S.; McDANIEL, Paul R. **Tax Expenditures**. Cambridge: Harvard University Press, 1985, p. 2.

³⁴² U.S. TREASURY DEPARTMENT. The Tax Expenditure Budget: a Conceptual Analysis. Annual Report of the Secretary of the Treasury on the State of the Finances for Fiscal Year 1968. Washington D.C.: Government Printing Office, 1968. p. 326-340 *apud* HENRIQUES, Elcio Fiori. **O regime jurídico do gasto tributário no direito brasileiro**. 2009. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009, p. 28. Disponível em: doi:10.11606/D.2.2009.tde-15062011-153003. Acesso em: 03 jun. 2022.

despesas indiretas, na medida que representam a renúncia pelo governo ao pagamento de determinada espécie tributária e que poderia vir a existir, caso o contribuinte tivesse feito o pagamento do tributo com posterior transferência do Estado do mesmo montante; ii) representam no processo orçamentário uma quantificação estimada do valor a ser renunciado; iii) não representam movimentações efetivas dos recursos orçamentários, assim como ocorre com os gastos diretos; v) efeito financeiro do ato de renunciar receitas por meio de benefícios fiscais.

Dito isso, a despeito de um entendimento diferente por outros países, no tocante a comparar os gastos tributários às subvenções, o entendimento de gasto tributário, no ordenamento jurídico brasileiro, encontra-se amparado no § 6º, art. 165, da CF/88 e no *caput* do art. 14 da Lei de Responsabilidade Fiscal, em que se entende que a renúncia de receitas é o efeito decorrente da instituição de benefícios fiscais.

Em outras palavras, a conceituação dos gastos tributários abarca tanto o aspecto quantitativo quanto orçamentário. Nesse sentido entende o doutrinador Guilherme W. O Martins quando diz que a “despesa fiscal é antes de mais uma criação orçamental” ou, melhor, que consiste na quantificação do valor do tributo que deixou de ser pago e que deve constar no processo orçamentário, possibilitando o controle financeiro e a transparência fiscal.

Elcio Fiori resume o conceito do seguinte modo: “como o enunciado quantitativo, de caráter estritamente orçamentário, do valor estimado da redução de receita pública ocasionada por um benefício fiscal em um determinado intervalo de tempo”³⁴³.

Tendo sido elucidadas as premissas básicas no tocante a definição de gastos tributários, objeto nuclear de estudo desta pesquisa, parte-se para a explanação do regime jurídico desse tipo de despesa no ordenamento brasileiro, para que se possa atingir o objeto central deste estudo, qual seja, o controle dos gastos indiretos no país, para então concluirmos a respeito do problema levantado, contextualizado, qual seja, o da obtenção de um juízo de valor a respeito dos resultados obtidos com a aplicação desse tipo de política fiscal, bem como tecer comparações com os gastos diretos dos recursos públicos no âmbito da saúde pública brasileira.

³⁴³ HENRIQUES, Elcio Fiori. **O regime jurídico do gasto tributário no direito brasileiro**. 2009. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009, p. 28. Disponível em: doi:10.11606/D.2.2009.tde-15062011-153003. Acesso em: 03 jun. 2022.

3.3.3 Da Diferença entre Gastos Diretos e Indiretos da União

A estrutura de financiamento das políticas públicas da União é constituída por uma base dual: os gastos diretos e indiretos da União. Os gastos diretos da União efetivam-se mediante dotações consignadas no Orçamento Geral da União (OGU) para pautar ação programática do governo federal e constitui modalidade de financiamento preponderante na organização da ação do Estado. A segunda base de financiamento é constituída pelos gastos indiretos, os quais compreendem os benefícios tributários, creditícios e financeiros. No caso em tela, dá-se atenção aos benefícios de ordem tributária que, a despeito de serem empregados tanto no âmbito jurídico como no de finanças públicas de modo impreciso por meio de diversas expressões, vocábulos, tiveram sua definição detalhadamente analisada no tópico anterior.³⁴⁴

A execução dos gastos indiretos da União não consta, em sua maioria, da peça principal orçamentária, a Lei Orçamentária Anual. Como veremos, há menção no art. 165 da CF/88 a respeito da apresentação do Demonstrativo de Gastos Tributários como um rol de informações anexas ao Projeto de Lei Orçamentária, estando, por fim, subordinada à análise do Parlamento, mas não ao exame detalhado do Congresso Nacional.³⁴⁵

Contudo, a forma tradicional para o custeio de programas e políticas públicas, dotada de maior transparência e controle, efetiva-se por meio de gastos diretos registrados no OGU, com rito peculiar ao processo orçamentário, reunindo elementos que conduzem ao monitoramento, execução, controle e, portanto, avaliação da execução das políticas públicas, juntamente com análise de impacto e resultado.³⁴⁶

Isto é, os gastos diretos estarão submetidos à apreciação pelo Congresso Nacional por rito diferenciado (art. 16, § 9º), por meio de comissões mistas permanentes de senadores e deputados, nos termos do art. 166, § 1º, I e II da CF/88, somados às disposições de planejamento do orçamento e execução das despesas públicas na LRF.

Nota-se que os gastos diretos têm como fonte de recursos impostos, contribuições, emissões de títulos e outras receitas, estas contempladas pela remuneração da conta única do tesouro, juros e remuneração recebidos, exploração de recursos naturais e outras disponibilizadas no *site* da Secretaria do Tesouro Nacional e no OGU.

³⁴⁴ DURÃES, Marisa Socorro Dias. Gastos indiretos da União: relevância na gestão da Política Pública, evolução recente e perspectiva de aprimoramento da governança. **Revista Cadernos de Finanças Públicas**, v. 2, n. 1, edição especial, p. 1-79, 2021, p. 11.

³⁴⁵ *Ibid.*, p. 12.

³⁴⁶ *Ibid.*, p. 13.

Ao contrário, os gastos indiretos, do qual os gastos tributários são espécie, não estão delimitados do mesmo modo, a despeito do atual Ministério da Economia ter inclinado esforços em quantificá-los, de modo a garantir sua publicização por meio de relatórios denominados de “Orçamento de Subsídio da União”. Nota-se que os gastos indiretos são denominados de *subsídios*, denotando toda e qualquer assistência de natureza financeira, creditícia ou tributária que visa corrigir as falhas de mercado. Depreende-se que, segundo o Relatório de 2020, elaborado pelo Orçamento de Subsídio da União, há subsídios tanto do lado da despesa (subsídios ou benefício financeiros e creditícios) quanto do lado da receita (subsídios ou benefícios tributários).³⁴⁷

Vale ressaltar que é de entendimento internacional que os gastos tributários têm como fonte de recursos as renúncias de receitas, ou seja, não se trata do conceito de *receita* clássico, tradicional, segundos parâmetros das finanças públicas, porém o termo é empregado para remeter à fonte de receitas para a implementação de políticas públicas, sendo que na verdade o que ocorre de fato segundo a redação do art. 14 da LRF é *uma renúncia de receitas derivada da supressão da base mandamental e compulsória de tributos que a origina*.

3.4 Gastos Tributários no Ordenamento Jurídico Brasileiro

Antes de tratar diretamente e detalhadamente a respeito da normativa relativa aos gastos tributários no Brasil, vale lembrar alguns pontos sobre a evolução histórica desse instituto ao longo dos anos, assunto também analisado no tópico pregresso.

Os benefícios fiscais foram amplamente utilizados no período chamado “décadas de ouro”, entre 1950 e 1970, período em que o Brasil experimentou anos sucessivos de crescimento econômico, provocada tanto pelo aumento do consumo familiar quanto pela reformulação da conjuntura industrial do país. A política da concessão de benefícios fiscais foi adotada como um modo a propiciar crescimento; em função disso, foi adotada sem nenhum controle e quase nenhum tipo de monitoramento dos valores relativos às renúncias de receitas. Em outras palavras, até 1970, não havia nenhum mecanismo que centrasse em investigar e controlar os gastos tributários indiretos. Na década de 1980, passaram a ser realizados os primeiros acompanhamentos oficiais pela Secretaria da Receita Federal, quando

³⁴⁷ Vide, e.g., BRASIL. Ministério da Fazenda. **4º Orçamento de Subsídios da União** – Relatório do Governo Federal sobre a evolução dos gastos tributários e benefícios financeiros e creditícios no período 2003 a 2016. Brasília, DF: Ministério da Fazenda, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/boletins/boletim-subsidios/arquivos/2020/osu-2020-final-em-09-07-2020-18h25.pdf/view>. Acesso em: 06 abr. 2022.

foram publicados os primeiros indicadores com o valor total estimado, previsto no tocante à renúncia de receitas tributárias. O governo passou a adotar política de maior transparência e de equilíbrio das contas públicas estimulada pelo momento de recessão econômica mundial e aumento do endividamento externo dos países, período que ficou conhecido como “década perdida”³⁴⁸.

Após 8 anos, com a promulgação da Constituição de 1988, foram instituídos os contornos e limites constitucionais à concessão dos benefícios fiscais, mencionadas no próximo tópico, com especial atenção ao art. 14 da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), o qual representou um marco no âmbito do regime jurídico dos gastos tributários, uma vez que estipula que junto ao projeto de lei orçamentária venha anexo um Demonstrativo de Gastos Tributários (DGT) a ser elaborado pela Receita Federal do Brasil (RFB), a cada exercício financeiro, com a finalidade de auferir os efeitos da aplicação dessa medida e a comparação dos recursos dispendidos em gastos diretos e indiretos, o que proporciona maior transparência à população quanto ao uso e resultados dos recursos públicos.³⁴⁹

Note-se que a primeira vez que foi realizado um estudo demonstrativo semelhante aos DGTs foi nos Estados Unidos, em 1968, pelo Departamento do Tesouro Norte-Americano, quando foi adotada a postura de repudiar essa modalidade de gasto sempre quando o incentivo pudesse ser aplicado diretamente pelo governo. Naquele período, em 1973, o governo americano necessitava auferir quantitativamente o volume de receitas representada pelos incentivos fiscais. No Brasil, é exatamente essa a função das DGTs: estimar o montante, identificá-los e compará-los face a outras despesas do governo. Elas possuem diversos quadros, tabelas com o comparativo das despesas por região do país, função orçamentária e por tributo. Em 2019, foi publicado pela RFB o documento da metodologia de cálculo dos gastos tributários, fruto das recomendações feitas pela auditoria do Tribunal de Contas da União, avançando a agenda da transparência e tecnicidade dos conceitos.³⁵⁰

Por fim, lembra-se que um efetivo controle extrapola o campo da conformidade legal e também compreende a análise dos resultados econômicos, a eficácia dos efeitos indutores aos quais tal política fiscal visa alcançar, assim como será mais bem tratado quando da análise

³⁴⁸ QUEIROZ, Ana Carolina Salomão. **Gastos tributários indiretos e o controle externo exercido pelo Tribunal de Contas da União**: um estudo sobre a importância do controle de seus resultados. 2019. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) –Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019, p. 54. Doi:10.11606/D.2.2019.tde-02072020-150507. Acesso em: 05 jun. 2022.

³⁴⁹ VILLELA, Luís Arruda. **Gastos Tributários e Justiça Social**: o caso do IRPF no Brasil. 1981. Dissertação (Mestrado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1981, p. 13-14.

³⁵⁰ QUEIROZ, Ana Carolina Salomão, *op. cit.*, p. 58.

dos acórdãos, decisões, proferidas pelo Tribunal de Contas da União, relativo aos gastos tributários federais, foco do presente estudo.

3.4.1 Gasto Tributário na Constituição Federal

O gasto tributário passou a ser regulamentado no Brasil, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988; nos regimes constitucionais anteriores não houve registro de sua utilização. A Lei n. 4.320/1964, o mais importante regramento jurídico brasileiro, no pós-guerra, em nada trata sobre os gastos tributários.³⁵¹ Estes, por sua vez, estão registrados mais precisamente nos arts. 70 e 165, § 6º, da CF/88.

3.4.1.1 Análise do artigo 70 da Constituição Federal

A primeira menção às renúncias (gastos tributários) de receitas na Constituição trata-se do art. 70, na seção IX, que trata sobre a fiscalização contábil, financeira e orçamentária, a seguir:

Art. 70. A fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas, será exercida pelo Congresso Nacional, mediante controle externo, e pelo sistema de controle interno de cada Poder. Parágrafo único. Prestará contas qualquer pessoa física ou jurídica, pública ou privada, que utilize, arrecade, guarde, gerencie ou administre dinheiros, bens e valores públicos ou pelos quais a União responda, ou que, em nome desta, assumira obrigações de natureza pecuniária.³⁵²

O termo *renúncia de receitas* adotado pelo constituinte não traz dúvidas quanto ao significado, qual seja, o do efeito financeiro decorrente da instituição do benefício fiscal, como também será observado o emprego da mesma expressão no art. 165, § 6º, da CF/88, assim como em diversos outros no ordenamento jurídico; desse modo, o termo aqui escolhido remonta a mais um dos conceitos atribuídos aos gastos tributários. Também se verifica que o constituinte, ao utilizar as duas expressões separadamente, *aplicação das subvenções* e

³⁵¹ HENRIQUES, Elcio Fiori. **O regime jurídico do gasto tributário no direito brasileiro**. 2009. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009, p. 70. Disponível em: doi:10.11606/D.2.2009.tde-15062011-153003. Acesso em: 03 jun. 2022.

³⁵² BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**. Brasília, 05 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 nov. 2021.

renúncia de receitas, faz uma comparação entre elas, aproximando-as quanto ao sentido quando concedido aos particulares.³⁵³

Outro ponto que merece destaque no artigo em tela diz respeito à questão sobre a qual recai a competência para fiscalizar. O dispositivo é muito claro quando trata que cabe ao Congresso Nacional, mediante o controle externo e pelo sistema de controle interno de cada órgão e pelos Tribunais de Contas, o dever de fiscalizar as contas de todas as entidades que recebem recursos públicos, seja diretamente por meio das subvenções, seja indiretamente, por meio das renúncias de receitas. O Parágrafo Único, como depreende-se da Carta Constitucional, foi introduzido pela EC n. 19/1998, a qual veio a incluir as pessoas jurídicas de direito privado que recebam recursos públicos ao dever de prestar contas e de serem fiscalizados pelos órgãos de controle. Na situação em comento, verifica-se que as pessoas, sejam físicas ou jurídicas, que venham a ser beneficiadas por renúncias fiscais, as quais, portanto, recebem recursos do governo por deixarem de pagar certos tributos, podem ser sujeitos alvo da fiscalização dos órgãos já aqui mencionados. Quanto aos termos *legalidade*, *legitimidade*, *economicidade*, há uma ambiguidade quanto à interpretação delas, qual seja, se elas se aplicariam às subvenções ou renúncias de receitas ou se, ao contrário, pelo fato de vir enumerada por vírgulas junto às demais (subvenções e renúncia de receitas), sobre elas não seria aplicado o exame de legalidade, legitimidade e economicidade, sendo aplicado às despesas públicas apenas.³⁵⁴

Este último entendimento não merece prosperar; no mesmo sentido, afirma Ricardo Lobo Torres, concluindo que o referido artigo determina que a fiscalização da aplicação da renúncia de receitas, bem como qualquer outro modo de despesas públicas (subvenções), faz-se mediante o exame de legalidade, legitimidade e economicidade.³⁵⁵

O exame de legalidade seria a verificação da compatibilidade das renúncias de receitas com a legislação vigente que rege a matéria, a norma que o autoriza.³⁵⁶

O controle de legitimidade refere-se ao atendimento do bem jurídico que se pretendeu alcançar, representa o controle das premissas constitucionais de tais decisões.³⁵⁷

³⁵³ HENRIQUES, Elcio Fiori. **O regime jurídico do gasto tributário no direito brasileiro**. 2009. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009, p. 71. Disponível em: doi:10.11606/D.2.2009.tde-15062011-153003. Acesso em: 03 jun. 2022.

³⁵⁴ *Ibid.*, p. 70.

³⁵⁵ TORRES, Ricardo Lobo. **Tratado de Direito Constitucional Financeiro e Tributário**. v. 3. Rio de Janeiro: Renovar, 1999, p. 371, nota 29, *cf.* NÓBREGA, Marcos. Renúncia de Receita; Guerra Fiscal e Tax Expenditure: Uma Abordagem do Art. 14 da LRF, p. 21 *apud* HENRIQUES, Elcio Fiori, *op. cit.*, p. 22, *cf.* MARTINS, Ives Gandra da Silva; NASCIMENTO, Carlos Valder do (org.). **Comentário à lei de responsabilidade fiscal**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2011, p. 99.

³⁵⁶ OLIVEIRA, Regis Fernandes. **Curso de Direito Financeiro**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006, p. 382.

O controle de economicidade, por sua vez, consiste na obtenção do bem público desejado que enseje melhor custo-benefício ao Estado; trata-se da melhor resposta com o melhor custo-benefício ao Estado.³⁵⁸

3.4.1.2 Da análise do artigo 165, parágrafo 6º, da CF/88

O art. 165 da CF/88 é tido como um dos artigos fulcrais, mais importantes, no que concerne ao regime jurídico do gasto tributário, a seguir: “§ 6º O projeto de lei orçamentária será acompanhado de demonstrativo regionalizado do efeito, sobre as receitas e despesas, decorrente de isenções, anistias, remissões, subsídios e benefícios de natureza financeira, tributária e creditícia”.

Esse dispositivo aduz que a lei orçamentária anual deverá vir acompanhada de demonstrativo regionalizado em que devem ser discriminados os “efeitos” causados pela aplicação dos benefícios fiscais, financeiros e creditícios. Ressalta-se que não se verifica no texto constitucional nenhuma sanção, penalidade, em virtude do não cumprimento desse mandamento, ou seja, o relatório ou demonstrativo deve vir acompanhando o projeto de lei orçamentária anual. Consistirá em peça meramente informativa. Tal documento não se trata de um orçamento integrado, haja vista que para tanto seria necessária alteração dos §§ 5º e 6º do art. 165 da CF/88, uma vez que discriminam três orçamentos já analisados em capítulos anteriores: o fiscal, de investimento e o da seguridade social.³⁵⁹ Isso significa dizer que o objetivo precípuo desse relatório é apenas discriminar despesas que não estão contidas em nenhum desses três orçamentos citados, no caso os gastos públicos indiretos.³⁶⁰

O objetivo nuclear da exigência do demonstrativo de gastos tributários, integrado ao processo legislativo-orçamentário, consiste em informar ao Poder Legislativo e também à sociedade o valor do gasto com cada benefício fiscal; não obstante, verifica-se que esse valor é informado apenas como um número, o que não contribui para o debate social e político sobre a mensuração e comparação dos valores aportados em gastos diretos e indiretos, possibilitando somente auferir se o valor é grande ou pequeno. É exatamente sobre esse tema que reside o ponto de maior debate, qual seja, o nível de detalhamento da descrição do efeito

³⁵⁷ TORRES, Ricardo Lobo. **Tratado de Direito Constitucional Financeiro e Tributário**. v. 3. Rio de Janeiro: Renovar, 1999, p. 374.

³⁵⁸ OLIVEIRA, Regis Fernandes. **Curso de Direito Financeiro**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006, p. 382.

³⁵⁹ ALMEIDA, Francisco Ribeiro. Uma abordagem Estruturada da Renúncia de Receita Pública Federal. **Revista do Tribunal de Contas da União**, v. 31, n. 84, p. 19-62, 2000, p. 21.

³⁶⁰ HENRIQUES, Elcio Fiori. **O regime jurídico do gasto tributário no direito brasileiro**. 2009. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009, p. 75. Disponível em: doi:10.11606/D.2.2009.tde-15062011-153003. Acesso em: 03 jun. 2022.

financeiro dos benefícios fiscais. Sobre o nível de detalhes em que esses valores serão apresentados não há nenhuma legislação que o regule ou entendimento do Poder Judiciário quanto. No âmbito Internacional, os gastos tributários são demonstrados de diferentes maneiras: há países que os apresentam como valores fechados; outros, o montante destinado a cada benefício fiscal; outros, discriminados por despesa. Acerca de como esses gastos são apresentados no âmbito do Governo Federal, entre os anos de 2008 e 2009 eles foram apresentados por função orçamentária e tipo de receita, quando por cada norma de benefício fiscal.³⁶¹

Quanto aos Demonstrativos mais recentes, no período de 2016 a 2021, depreende-se da leitura do Demonstrativo de Gastos Tributários do período que as mensurações dos valores apresentadas têm natureza de estimativa, projeção ou previsão, uma vez que, segundo eles, diferentemente da arrecadação, os valores dos tributos que deixam de ser arrecadados em decorrência dos gastos tributários não podem ser observados diretamente. Os resultados são apresentados em quadros na forma de planilhas eletrônicas, disponibilizados também no *site* Dados Abertos³⁶² da Receita Federal. “Nesses quadros, os valores dos gastos são discriminados por função orçamentária e por tributo, consolidados por região geográfica do país e comparados com os valores do Produto Interno Bruto – PIB e da Receita Administrativa pela Receita Federal (Quadros I a X).”³⁶³ Nos Quadros XI a XXV, são dispostos os valores da renúncia por tributo e por modalidade de gasto. Nos Quadros XXVI a XXXII, a Receita Federal demonstra a estimativa obtida para a série 2016 a 2021. Por fim, no Quadros XXXIII a XLV, apresentados neste Documento, são disponibilizadas informações gráficas e comparativos acerca dos Gastos Tributários.³⁶⁴ No que concerne à apresentação dos gastos tributários dos outros entes federados, verificou-se que, nos exercícios de 2006, 2007 e 2008, apresentaram apenas um valor numérico, sem especificar as normas consideradas e não consideradas no cálculo. Ao que parece, caso esses valores não sejam apresentados sem

³⁶¹ HENRIQUES, Elcio Fiori. **O regime jurídico do gasto tributário no direito brasileiro**. 2009. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009, p. 78. Disponível em: doi:10.11606/D.2.2009.tde-15062011-153003. Acesso em: 03 jun. 2022.

³⁶² BRASIL, Receita Federal. Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros. **Metodologia de Cálculo dos Gastos Tributários**. Brasília, DF: Receita Federal, jul. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/receitadata/renuncia-fiscal/demonstrativos-dos-gastos-tributarios/Informacoes_metodologicas. Acesso em: 04 maio 2022.

³⁶³ *Id.* **Demonstrativos dos Gastos Tributários**. Bases Efetivas 2018. Série 2016 a 2021. Brasília, DF: Receita Federal, 29 dez. 2021. p. 05. Disponível em: <https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/receitadata/renuncia-fiscal/demonstrativos-dos-gastos-tributarios/arquivos-e-imagens/dgt-bases-efetivas-2018-serie-2016-a-2021-base-conceitual-e-gerencial.pdf>. Acesso em: 04 maio 2022.

³⁶⁴ *Ibid.*, *loc. cit.*

maiores especificações, não cumprirão com o objetivo almejado pelo constituinte, qual seja, o de tornar inteligível à sociedade os efeitos da aplicação desse tipo de política fiscal.

Ademais, verifica-se que não há menção no artigo sob análise a respeito do período a que se refere o demonstrativo; pelo que vem sendo praticado nos últimos anos, a estimativa diz respeito aos valores que serão renunciados em receitas para o exercício financeiro seguinte. O texto constitucional omite-se quanto à metodologia do cálculo a ser aplicada, deixando sua escolha à discricionariedade do poder legislativo ou, em sua omissão, do poder executivo; tal escolha depende de diversos fatores particulares de cada benefício e da disponibilidade econômica e comportamental dos contribuintes.

Como será visto a seguir, o conceito de *benefício fiscal* é tratado de modos diferenciados, tanto pela Constituição Federal e Lei de Responsabilidade Fiscal, quanto pela Lei de Diretrizes Orçamentárias, que a conceituam segundo suas respectivas peculiaridades; esse é mais um dos entraves à boa gestão, fiscalização da política fiscal que visa a conceder benefícios da mesma natureza. Reconhecer quando o termo *benefício fiscal* está sendo utilizado na legislação no sentido de *gasto tributário* e quando o mesmo termo diz respeito a regras de incidência do tributo é de fundamental importância para alcançar o objeto acima citado.

A CF/88 utiliza grupos de palavras diferentes para definir *benefícios fiscais*, em diversos momentos. No próprio art. 165, § 6º, benefício fiscal faz referência a “isenções, anistias e remissões”, termos tradicionalmente aceitos e incluídos no conceito de *benefício fiscal*. A palavra *isenção* não faz parte desse conceito, uma vez que se refere a benefício de índole estritamente financeira. O art. 195, § 3º, diz que a pessoa jurídica em débito com o sistema de seguridade social não poderá receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios. No art. 155, § 2º, XII, “g”, e 156, § 3º, III, há a utilização dos termos *isenções, incentivos e benefícios fiscais*.

Ou seja, ora o termo *benefício fiscal* é associado a *isenções, anistias e remissões* e, em outros momentos, é associado à palavra *incentivo fiscal*, ou quando não, pelo próprio termo *benefícios fiscais*.

3.4.2 Gasto Tributário na Lei de Responsabilidade Fiscal n. 101/2000

A Lei de Responsabilidade Fiscal foi promulgada no ano de 2000, na esteira da promulgação da Constituição em 1988. A edição dessa lei foi de grande importância para a

regulação do regime jurídico dos gastos tributários, renúncias de receitas no Brasil. Em consonância com o art. 165, § 9º³⁶⁵, da CF/88 e o art. 163, I³⁶⁶, da CF/88 foi sancionada a Lei de Responsabilidade Fiscal, que traz normas sobre finanças públicas voltadas à responsabilidade na gestão fiscal. Essa lei será posta em prática em conformidade e juntamente com as previsões estabelecidas na Lei n. 4320/64. Tomando como fulcro a ausência normativa sobre a temática dos gastos tributários, ficou sob o alvedrio da LRF editar regramentos sob esse instituto. Como norma geral e federal de direito financeiro, assim como preleciona o art. 24, I e II, da CF/88 alusivo ao federalismo cooperativo fiscal, compete concorrentemente à União, Estados, DF e Municípios legislar sobre matéria de direito financeiro, tributário, penitenciário, econômico e urbanístico e, no inciso II, sobre orçamento. Trata-se, portanto, de norma orçamentária que regula o processo orçamentário, dotando-o de controle em prol da transparência no que se refere ao bom uso dos recursos públicos.

No sentido contrário, há entendimento de que a determinação da renúncia de receitas, gastos tributários pela LRF, norma de natureza geral, federal seria inconstitucional por tratar-se de norma tributária, cuja instituição foi delegada, pela constituição federal, aos entes federados.³⁶⁷ Régis Fernandes de Oliveira defende que “normas de renúncias de receitas não tem conteúdo estritamente tributário de forma a ser exercido apenas pela pessoa jurídica de direito público competente. É norma pré-jurídica que antecede o nascimento da obrigação tributária, logo, de gestão financeira [...]”³⁶⁸.

Logo no seu art. 1º, aduz-se que cabe à LRF estabelecer normas de finanças públicas voltadas à responsabilidade na gestão fiscal e que essa gestão fiscal responsável relaciona-se à

³⁶⁵ “Art. 165. Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão:

§ 9º Cabe à lei complementar:

I – dispor sobre o exercício financeiro, a vigência, os prazos, a elaboração e a organização do plano plurianual, da lei de diretrizes orçamentárias e da lei orçamentária anual;

II - estabelecer normas de gestão financeira e patrimonial da administração direta e indireta bem como condições para a instituição e funcionamento de fundos.

~~III – dispor sobre critérios para a execução equitativa, além de procedimentos que serão adotados quando houver impedimentos legais e técnicos, cumprimento de restos a pagar e limitação das programações de caráter obrigatório, para a realização do disposto no § 11 do art. 166. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)~~

III - dispor sobre critérios para a execução equitativa, além de procedimentos que serão adotados quando houver impedimentos legais e técnicos, cumprimento de restos a pagar e limitação das programações de caráter obrigatório, para a realização do disposto nos §§ 11 e 12 do art. 166. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 100, de 2019) (Produção de efeito)”.

³⁶⁶ “Art. 163. Lei complementar disporá sobre:

I - finanças públicas.”

³⁶⁷ GRUPENMACHER, Betina Treiger. Lei de Responsabilidade Fiscal: Competência Tributária, Arrecadação e Renúncia. In: ROCHA, Valdir de Oliveira (coord). **Aspectos Relevantes da Lei de Responsabilidade Fiscal**. São Paulo. Dialética. 2001. p. 09-24, p. 23.

³⁶⁸ OLIVEIRA, Régis Fernandes. **Curso de Direito Financeiro**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006.

fixação de limites e condições no que tange à renúncia de receitas. O art. 5º, II, da LRF trata que o projeto orçamentário anual elaborado em compatibilidade com a Lei de Diretrizes Orçamentárias, Plano Plurianual, virá acompanhada do documento a que se refere o § 6º do art. 165 da Constituição, bem como às medidas de compensação a renúncias de receitas e ao aumento de despesas obrigatórias de caráter continuado. Isto é, a Lei faz referência a demonstrativo de gastos tributários com a menção do art. 165.

Da LRF, o art. 14 trata de modo específico sobre renúncia de receitas; ele introduziu mecanismos de controle rigorosos ao regime jurídico dos benefícios fiscais. Pela sua fundamental importância, segue a íntegra do dispositivo abaixo:

Art. 14. A concessão ou ampliação de incentivo ou benefício de natureza tributária da qual decorra renúncia de receita deverá estar acompanhada de estimativa do impacto orçamentário-financeiro no exercício em que deva iniciar sua vigência e nos dois seguintes, atender ao disposto na lei de diretrizes orçamentárias e a pelo menos uma das seguintes condições: (Vide Medida Provisória nº 2.159, de 2001) (Vide Lei nº 10.276, de 2001) (Vide ADI 6357) I - demonstração pelo proponente de que a renúncia foi considerada na estimativa de receita da lei orçamentária, na forma do art. 12, e de que não afetará as metas de resultados fiscais previstas no anexo próprio da lei de diretrizes orçamentárias; II - estar acompanhada de medidas de compensação, no período mencionado no caput, por meio do aumento de receita, proveniente da elevação de alíquotas, ampliação da base de cálculo, majoração ou criação de tributo ou contribuição. § 1º A renúncia compreende anistia, remissão, subsídio, crédito presumido, concessão de isenção em caráter não geral, alteração de alíquota ou modificação de base de cálculo que implique redução discriminada de tributos ou contribuições, e outros benefícios que correspondam a tratamento diferenciado. § 2º Se o ato de concessão ou ampliação do incentivo ou benefício de que trata o caput deste artigo decorrer da condição contida no inciso II, o benefício só entrará em vigor quando implementadas as medidas referidas no mencionado inciso. § 3º O disposto neste artigo não se aplica: I - às alterações das alíquotas dos impostos previstos nos incisos I, II, IV e V do art. 153 da Constituição, na forma do seu § 1º; II - ao cancelamento de débito cujo montante seja inferior ao dos respectivos custos de cobrança.

Do *caput* do art. 14 depreende-se que: i) a renúncia de receitas dá-se mediante concessão ou ampliação de incentivos ou benefício de natureza tributária; ii) a renúncia de receitas deverá vir acompanhada da estimativa do impacto orçamentário-financeiro no exercício que deva iniciar sua vigência e nos dois seguintes; iii) deve atender ao disposto na lei de diretrizes orçamentárias; e iv) deve atender a uma das disposições do inciso I ou II do art. 14.

Em outras palavras, a inteligência do artigo centra-se no condicionamento à instituição de renúncia de receitas da estimativa do total de receitas que deixará de ser arrecadada, em anexo, as quais devem abarcar o exercício em que foi criada e os dos

subsequentes, de modo que esses dados sejam publicizados à sociedade e que possam de certa forma corroborar o debate dos resultados desse tipo de política. Quanto à metodologia do cálculo dessa estimativa, não é tratada nesse dispositivo, porém entende-se pelo art. 67 da LRF que cabe ao conselho de gestão fiscal, constituído por representantes de todos os poderes e esferas de governo, no Ministério Público e das entidades técnicas representativas da sociedade, o “acompanhamento e avaliação de forma permanente, da política e da operacionalização da gestão fiscal, como adoção de normas de consolidação das contas públicas, padronização das prestações de contas e dos relatórios e demonstrativos de gestão fiscal da qual trata a LRF ou, na sua falta, caberá tal função ao órgão central de contabilidade da União (art. 50, § 2º, da LRF).³⁶⁹

Ademais, pode-se citar também que os instrumentos normativos instituidores de renúncias de receitas deverão também estar em conformidade com o alvitrado na Lei de Diretrizes Orçamentárias. Esse mandamento, porém, em nada inova no ordenamento jurídico, uma vez que o art. 165, § 2º, da CF/88 já previa que a LDO disporia sobre as alterações de natureza tributária. A LDO, nesse sentido, determina que o instrumento normativo instituidor de algum benefício fiscal deverá contemplar o prazo máximo de vigência do benefício.

Os incisos I e II do art. 14 da LRF trazem um terceiro mandamento, melhor dizendo, a necessidade de “instrução formal do instrumento que veicule o benefício fiscal demonstrando que o Poder Executivo levou em conta a renúncia de receitas na quantificação da receita orçamentária quantificada para o período”, ou seja, para cada renúncia deve haver uma compensação de receitas garantindo o equilíbrio orçamentário e uma gestão equilibrada e transparente.³⁷⁰ Em outras palavras, que a renúncia não impactará na estimativa de receita. Vale ressaltar que a redação do inciso I do art. 14 da LRF coincide com o disposto das LDOs, a qual também abarca essa previsão.

O inciso II traz uma segunda alternativa: a compensação dos gastos tributários (renúncias fiscais) por meio do aumento das receitas tributárias, as quais podem ocorrer por meio da elevação da alíquota, ampliação da base de cálculo, majoração ou criação de tributos. Tal medida de condicionamento não é criação da LRF. A LDO contemplava desde antes da instituição da LRF essa previsão.

³⁶⁹ HENRIQUES, Elcio Fiori. **O regime jurídico do gasto tributário no direito brasileiro**. 2009. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009, p. 89. Disponível em: doi:10.11606/D.2.2009.tde-15062011-153003. Acesso em: 03 jun. 2022.

³⁷⁰ HARADA, Kiyoshi. **Responsabilidade Fiscal**. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2002, p. 59.

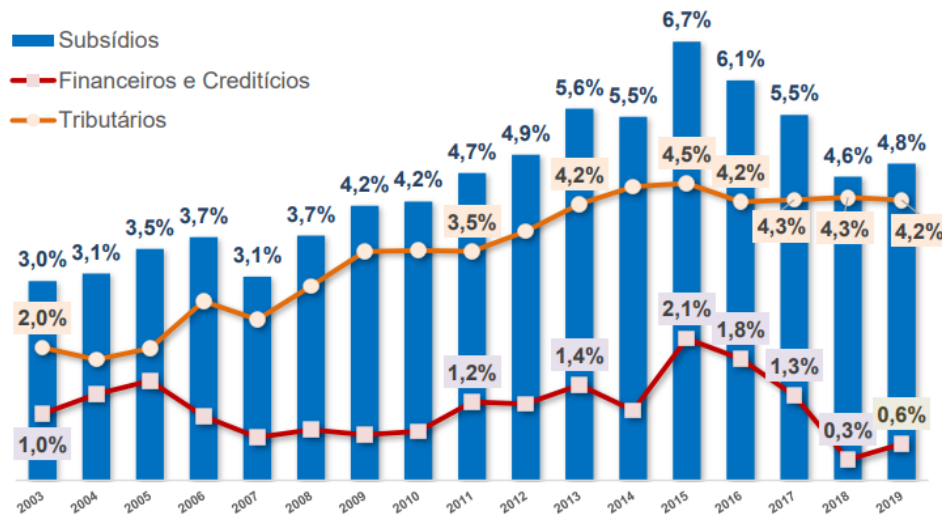
O § 1º do art. 14 determina o que a Lei Complementar em análise considera como benefício fiscal: anistias, remissões, subsídios, créditos presumidos, isenção em caráter não geral, alteração de alíquota ou modificação de base de cálculo que implique redução discriminada de tributos ou contribuições e outros benefícios que correspondam a tratamento diferenciado.

3.5 Estimativa da Renúncia da Arrecadação Fiscal em Saúde

Quanto à evolução dos gastos indiretos da União, observou-se um aumento, uma trajetória crescente entre os anos de 2003 a 2015, segundo informações obtidas do Orçamento de Subsídio da União (OSU).³⁷¹ O gráfico a seguir faz um comparativo dos subsídios (gastos tributários e benefícios financeiros e creditícios da União), segundo o Produto Interno Bruto (PIB). Quanto aos benefícios financeiros e creditícios, houve aumento de 3% do PIB em 2003 para 6,7% em 2015. No tocante aos gastos tributários, houve crescimento de 2,0% do PIB em 2003 para 4,5% do PIB em 2015. Entre 2016 e 2019, verificou-se pequena variação quanto ao percentual dos gastos tributários, os quais atingiram percentual de 4,2% do PIB e 0,6% referentes aos benefícios creditícios e financeiros da União. Tal resultado deu-se devido às políticas adotadas pelo governo, como a Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE), da Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP) e o Plano Brasil Maior (PBM), estabelecendo medidas de inovação à produção nacional e aumento de competitividade da indústria brasileira. Quanto aos gastos tributários, merecem relevo os aplicados: i) no regime tributário do Simples Nacional, à Zona Franca de Manaus, às entidades sem fins lucrativos; ii) às isenções dos rendimentos no âmbito do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF); iii) à Agricultura e Agroindústria; e iv) às deduções de rendimentos tributáveis em saúde e educação em IRPF. A partir de 2015 a 2019, vê-se que os percentuais mantiveram-se estáveis, devido à manutenção das antigas políticas adotadas e também à adoção do novo regime fiscal, que estabeleceu o teto de gastos por meio da EC n. 95/2016, que estabelece limites para gastos diretos, dificultando a ampliação ou instituição de novas renúncias fiscais.

³⁷¹ Informação disponível no site: <https://www.gov.br/fazenda/pt-br/centrais-de-conteudos/publicacoes/orcamento-de-subsidios-da-uniao>. Acesso em: 18 jul. 2022. A 4ª edição do OSU, com base de dados atualizada até 2019, está disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaoscolegiados/cmap/publicacoes/subsidios-da-uniao/gastos-com-subsidios/osu/4o-orcamento-de-subsidios-da-uniao-2013-julhode-2020/view>. Acesso em: 18 jul. 2022.

Gráfico 4 – Comparativo dos subsídios (gastos tributários e benefícios financeiros e creditícios da União)

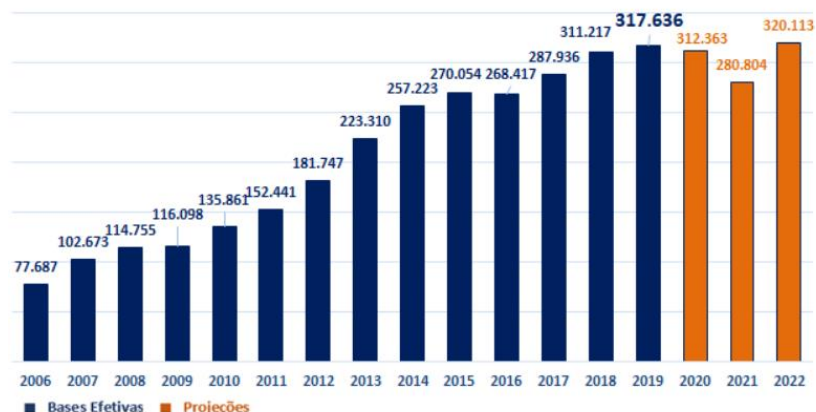


Fonte: Ministério da Economia.³⁷²

O maior percentual desses gastos foi alocado na Região Sudeste, devido à maior concentração de indústrias e empresas, as quais representaram cerca de 50% do total. Ficando a região Sul com 15,4%, Nordeste com 13,3%, Centro-Oeste e Norte, com 10,8% cada.³⁷³

A seguir, gráfico com valores em milhões concernentes à evolução dos gastos tributários federais, segundo o Demonstrativo de Gastos Tributários, obtidos do *sítio* eletrônico do Ministério da Economia, verificando-se uma pequena redução dessas renúncias entre 2020 e 2022.

Gráfico 5 – Evolução dos Gastos Tributários (em milhões)



Fonte: BRASIL. Receita Federal.³⁷⁴

³⁷² DURÃES, Marisa Socorro Dias. Gastos Indiretos da União: relevância na gestão da Política Fiscal, evolução recente e perspectiva de aprimoramento de governança. **Revista Cadernos de Finanças Públicas**, v. 2, n. 1, edição especial, p. 1-79, 2021, p. 46.

³⁷³ *Ibid.*, p. 47.

No tocante aos gastos tributários da União em saúde, assunto nuclear, objeto de análise, salienta-se que, assim como foi analisado em capítulos anteriores, o Sistema Único de Saúde, hoje, enquadra-se em um contexto de “desfinanciamento”, o que tem ensejado discussões no âmbito das políticas públicas quanto ao impacto dessas políticas fiscais, especialmente no que diz respeito aos seus efeitos na justiça distributiva, nascendo a necessidade de avaliação e fiscalização pelo Poder Executivo e seus órgãos de controle. A seguir serão mencionados sucintamente alguns dados estatísticos quanto à evolução dos gastos tributários indiretos em saúde aplicados no Brasil, sem menção ao aspecto do conflito distributivo e sem tecer comentários e juízo de valor acerca do nível de equidade de tais programas.

Destaca-se que a mensuração dos gastos tributários em saúde tem passado por grandes desafios entre os economistas, cientistas políticos e demais profissionais voltados ao estudo da área. A seguir aponta-se alguns dos indicadores encontrados relativamente à questão dos gastos tributários de Imposto de Renda Pessoa Física, Imposto de Renda Pessoa Jurídica, Contribuição Social sobre o Lucro líquido.

Entre 2003 e 2006, observa-se que os gastos tributários em saúde obtiveram crescimento de praticamente o dobro daquele constatado no primeiro ano, bem como constatou-se crescimento dos gastos associados ao IRPF, medicamentos, hospitais filantrópicos e IRPJ, conforme tabela abaixo:

Tabela 3 – Composição do gasto tributário em saúde – 2003-2006 (em %)

Ano	IRPF	IRPJ	Medicamentos	Filantrópicos	Total
2003	52,2	16,2	15,6	16,0	100
2004	51,7	14,8	16,7	16,7	100
2005	52,0	15,7	18,1	14,1	100
2006	46,4	13,8	27,6	12,2	100

Fonte: RFB.

Fonte: Ocké-Reis³⁷⁵

Ainda assim, no mesmo sentido, tabela com evolução e distribuição dos gastos tributários em saúde (2003-2018).

³⁷⁴ BRASIL. Receita Federal. **Gastos Tributários** – Bases Efetivas. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/receitadata/renuncia-fiscal/demonstrativos-dos-gastos-tributarios/gastos-tributarios-bases-efetivas>. Acesso em: 22 maio 2022.

³⁷⁵ OCKÉ-REIS, Carlos Otávio. **Mensuração dos Gastos Tributários em Saúde 2003-2006**. Rio de Janeiro: IPEA, 2011. (Texto para discussão, 1637), p. 13.

Tabela 4 – Distribuição do gasto tributário em saúde (2003-2018) (em R\$ milhões)

Ano	Despesas médicas IRPF	Pronon IRPF	Pronas IRPF	Assistência médica, odontologia e farmacêutica a empregados IRPJ/CSLL ¹	Pronon IRPJ	Pronas IRPJ	Medicamentos PIS/Cofins	Produtos químicos PIS/Cofins	Hospitais filantrópicos ²			Total
									IRPJ, CSLL, Cofins	CPP	PIS	
2003	3.745	-	-	1.162	-	-	1.122	-	1.144	1.469	-	8.641
2004	4.558	-	-	1.309	-	-	1.477	-	1.474	1.697	-	10.515
2005	4.975	-	-	1.503	-	-	1.732	-	1.353	1.863	-	11.426
2006	5.776	-	-	1.721	-	-	3.433	526	1.523	1.916	-	14.894
2007	6.507	-	-	2.102	-	-	2.117	759	1.459	2.205	-	15.148
2008	7.521	-	-	2.181	-	-	2.304	788	1.763	2.492	-	17.050
2009	6.794	-	-	2.277	-	-	2.673	783	1.851	2.852	-	17.229
2010	6.813	-	-	2.657	-	-	2.844	770	2.109	3.184	-	18.376
2011	7.716	-	-	2.937	-	-	2.896	681	2.258	3.899	-	20.387
2012	8.756	3	2	3.345	-	-	3.510	678	2.695	4.442	-	23.431
2013	9.518	7	2	4.048	61	8	3.493	845	3.021	4.783	-	25.786
2014	10.629	5	3	4.326	65	8	4.526	509	3.229	5.720	286	29.305
2015	11.588	4	3	4.506	118	90	4.725	1.894	2.872	5.506	275	31.582
2016	13.165	6	4	4.948	63	30	7.064	2.465	3.587	5.803	290	37.426
2017	15.070	5	3	7.578	103	26	11.444	3.286	4.710	7.812	391	50.427
2018	16.817	5	3	8.344	145	71	9.052	4.131	4.947	8.538	427	52.479

Fonte: Receita Federal do Brasil (RFB).

Elaboração do autor.

Notas: ¹ A partir de 2017 e 2018 foi somada a renúncia associada à Contribuição Social Sobre Lucro Líquido (CSLL), respectivamente, no valor de R\$ 2 bilhões e R\$ 2,2 bilhões.

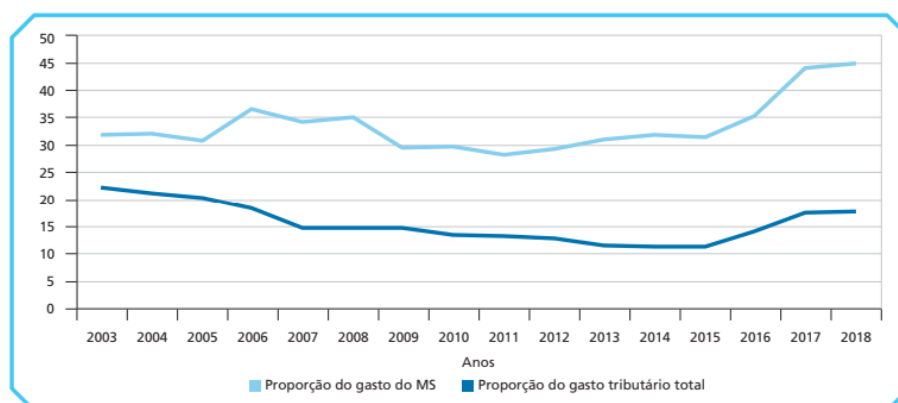
² Em 2014, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu pela imunidade tributária das entidades filantrópicas em relação à contribuição sobre o Programa Interação Social (PIS). Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4046759&numeroProcesso=636941&classeProcesso=RE&numeroTema=432>>.

Obs.: IRPF – Imposto de Renda de Pessoa Física; IRPJ – Imposto de Renda de Pessoa Jurídica; Pronon – Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica; Pronas – Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência; Cofins – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social; CPP – Contribuição Previdenciária Patronal.

Fonte: Ocké-Reis³⁷⁶

A seguir, a proporção dos gastos tributários em saúde em relação ao gasto do Ministério da Saúde (MS) e ao gasto tributário total (2003-2018). De acordo com o gráfico 6, acima, o total da renúncia representa um percentual significativo que não foi recolhido pelo Estado.

Gráfico 6 – Proporção do gasto tributário em saúde em relação ao gasto do Ministério da Saúde (MS) e do gasto tributário total (2003-2018) (em %)



Fonte: Ocké-Reis³⁷⁷

³⁷⁶ *Id.* **Avaliação do Gasto Tributário em Saúde:** o caso das despesas médicas do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF). Rio de Janeiro: IPEA, nov. 2021. (Texto para discussão, 2712), p. 23.

³⁷⁷ OCKÉ-REIS, Carlos Otávio. **Avaliação do Gasto Tributário em Saúde:** o caso das despesas médicas do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF). Rio de Janeiro: IPEA, nov. 2021. (Texto para discussão, 2712), p. 7.

Vale destacar que não cabe a este trabalho tratar sobre os tipos de renúncias fiscais em saúde, bem como também discorrer sobre aspectos da justiça distributiva. Tendo como ponto fulcral o aspecto jurídico e de governança no que diz respeito a analisar os resultados, as deliberações e as recomendações dos órgãos de controle em prol da melhor eficácia dessas políticas, assim como será constatado no próximo capítulo, quando da análise da jurisprudência relativa prolatada pelo Tribunal de Contas da União.

3.6 Controle Externo exercido pelo Tribunal de Contas da União e o Gasto Tributário Indireto

3.6.1 Controle das Renúncias Tributárias

Este tópico analisou algumas das fragilidades de maior relevo apontadas nos acórdãos prolatados pelo Tribunal de Contas da União (TCU), os quais analisam os resultados, efeitos e sugerem recomendações em prol da melhor fruição das políticas fiscais das renúncias tributárias ou, melhor, gastos tributários implementados no Brasil.

3.6.1.1 Cumprimento do *caput* e incisos I e II do artigo 14 da LRF

Observou-se maior atenção do Tribunal de Contas da União em avaliar o cumprimento dos requisitos determinados no art. 14 da LRF, que condiciona a instituição e ampliação de incentivos tributários à apresentação de estimativa de impacto orçamentário-financeiro. A solicitação decorreu mediante a possibilidade de crescimento de renúncias de receitas tributárias sem que houvesse o cumprimento das condições determinadas pela LRF. A Secretaria de Macroavaliação Governamental (Semag), por sua vez, elaborou um relatório para apreciação do TCU, no tocante a esta temática, o qual foi analisado no acórdão 747/2010. TC-015.052/2009-7, que se subdividiu do seguinte modo: i) apresentação da base legal do TCU para fiscalizar a renúncia de receitas, quando aponta a importância do DGT, no mesmo capítulo, na esteira das boas práticas de governança sugerida pelos organismos internacionais; ii) exposição da legislação brasileira, arcabouço normativo de controle dessas renúncias; iii) análise do conceito de *renúncia de receitas tributárias* para fins de atendimento do art. 14 da LRF; iv) após foram apresentadas as considerações feitas pelo TCU.

No capítulo que trata do conceito de *renúncias de receita fiscal* adotado pelo art. 14 da LRF, nota-se que foi utilizada a definição estabelecida por Stanley, analisada acima, como

“programas de assistência financiados pelo governo por meio de provisões tributárias especiais e não de gastos diretos do governo”³⁷⁸ ou como gasto que representa desvio de sistema tributário de referência (legislação tributária de um determinado país) adotado como parâmetro com finalidades similares às das despesas públicas, possuindo lógica orçamentária associada para promoção do desenvolvimento econômico ou social, não realizadas no orçamento, mas sim por meio do sistema tributário. Após, definido o conceito de *renúncia de receitas* para fins de verificação do cumprimento do art. 14 da LRF, foram examinados os instrumentos pelos quais a renúncia pode ser concedida, a luz do § 1º do mesmo artigo, são eles: i) anistia, determinada no art. 182 do CTN; ii) remissão (art. 172 do CTN); iii) crédito presumido; iv) isenção (art. 176 a 179 do CTN). Após passou-se à análise dos requisitos restantes da Lei de Responsabilidade Fiscal no tocante ao impacto orçamentário da renúncia e à previsão de mecanismos de compensação de receitas.³⁷⁹

Verificou-se que o *caput* do art. 14 da LRF nem sempre é cumprido, no sentido de que nem todas as proposições (de iniciativa parlamentar) que requeriam concessão de renúncias de receitas vinham acompanhadas da estimativa do impacto orçamentário-financeiro, indo na contramão do que preconiza a lei complementar.³⁸⁰ Como a seguir:

Uma vez submetidas ao Congresso Nacional, as proposições que instituem ou ampliem renúncias de receitas devem passar pela avaliação da Comissão de Finanças e Tributação da Câmara dos Deputados – CFT. Nos termos do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, art. 32, inciso X, alínea ‘h’, e art. 53, inciso II, compete à CFT apreciar as proposições que impliquem diminuição de receita quanto a sua compatibilidade ou adequação com o plano plurianual, com a lei de diretrizes orçamentárias e com o orçamento anual, incluindo a análise do cumprimento do art. 14 da LRF.

7.5 O art. 54 do RI/Câmara dos Deputados estabelece que o parecer da CFT sobre a adequação financeira ou orçamentária do projeto de lei é terminativo, ou seja, caso o parecer seja pela inadequação financeiro-orçamentária, o projeto será arquivado. No entanto, cabe ressaltar que o parecer terminativo da CFT somente se aplica a projetos de lei, mas não a medidas provisórias, tendo em vista as particularidades que envolvem a sua tramitação, nos termos do art. 62, § 9º, da Constituição Federal. Sendo assim, o controle parlamentar sobre as concessões de renúncias de receitas é mitigado quando o instrumento normativo utilizado é a medida provisória.

7.6 Na execução do presente levantamento, foram analisadas algumas proposições submetidas à CFT, em 2008 e 2009, que tratavam de renúncia de receita tributária. De vinte e dois projetos com tramitação concluída, apenas quatro foram convertidos em lei, todos eles com iniciativa do Poder Executivo – três originários de medidas provisórias e apenas uma originária

³⁷⁸ TCU. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 3.437/2012**. Processo 015.052/2009-7. Relator: Valmir Campelo. Órgão Julgador: Grupo II – Plenário. Julgamento: 10 dez. 2012, p. 5.

³⁷⁹ *Ibid.*, p. 9.

³⁸⁰ *Ibid.*, *loc. cit.*

de projeto de lei. Os demais, todos de iniciativa parlamentar, foram arquivados por incompatibilidade e inadequação financeira e orçamentária.

Foi constatado que a Receita Federal do Brasil, instituição responsável por mensurar o impacto fiscal decorrente das renúncias tributárias, declarou que não possui ferramentas necessárias para realizar adequadamente a estimativa desse impacto, sendo que em alguns casos é difícil calcular a adesão dos contribuintes beneficiados antes da vigência da renúncia. Sendo assim, a estimativa feita pela RFB leva em conta o total de contribuintes que podem aderir à renúncia, podendo tanto superestimar quanto subestimar a perda de arrecadação. Diante dessa problemática foi recomendada à RFB que haja a definição de uma metodologia adequada para a elaboração de estimativa de impacto econômico-financeiro das renúncias de receitas para cumprimento efetivo do *caput* do art. 14 da lei de Responsabilidade Fiscal.

Verifica-se que, além da exigência do *caput*, a concessão ou ampliação da renúncia deve satisfazer a um dos incisos do art. 14: ou o inciso I, ou o inciso II. Se a renúncia for considerada durante a elaboração do orçamento, deve vir com a justificativa de que foi considerada na estimativa de receita da Lei Orçamentária Anual (LOA) e que não afeta as metas de resultados da LDO. Verificou-se que o inciso I do art. 14 também não vem sendo cumprido; trata-se exatamente das DGTs que acompanham o PLOA, uma vez que nesses demonstrativos há estimativas do quantum de renúncias foi auferido no exercício anterior, porém nada consta sobre as renúncias a serem instituídas ou ampliadas a partir do exercício seguinte. Nesse sentido, o relatório aponta que esse dispositivo não vem sendo cumprido quando da ampliação ou proposição de renúncias de receita tributária.

Caso o inciso I do art. 14 não seja atendido, é necessário que haja o atendimento do disposto no inciso II do mesmo artigo, a seguir: “estar acompanhada de medidas de compensação, no período mencionado no *caput*, por meio do aumento de receita, proveniente da elevação de alíquotas, ampliação da base de cálculo, majoração ou criação de tributo ou contribuição”³⁸¹ Verificou-se que, até 2009, o inciso II do art 14 foi cumprido, haja vista tal compensação ter sido realizada por meio do aumento das alíquotas de impostos e contribuições (PIS, COFINS, IPI), bem como da previsão de que o efeito das desonerações que vigoraram em 2010 a 2013 foram consideradas quando da elaboração do projeto de lei orçamentária anual.³⁸² Também o levantamento do uso do excesso de arrecadação como forma de compensação das renúncias de receitas tributárias, quando a essa questão a Semag

³⁸¹ TCU. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 3.437/2012**. Processo 015.052/2009-7. Relator: Valmir Campelo. Órgão Julgador: Grupo II – Plenário. Julgamento: 10 dez. 2012, p. 12.

³⁸² *Ibid.*, p. 14.

determinou ao TCU que não o utilize em estrita observância ao inciso II do art 14 da LRF, haja vista não estar previsto na Lei n. 4.320/64, o que pode dificultar o alcance do controle das metas fiscais, uma vez que o mesmo recurso pode ser usado duplamente, para abertura de créditos adicionais e para compensação de renúncias de receitas. Também violaria o art. 167 da CF/88, que veda o remanejamento de recursos de uma categoria para outra sem prévia aprovação legislativa; no mesmo sentido, é aduzido pelo art. 8º da LRF.³⁸³ Ressalta-se que tal entendimento foi ratificado pelo TCU.

Foram feitas as seguintes recomendações finais pelo TCU, sobre o tema em análise, constantes no item 12.1, a seguir:

12.1 recomendar à Secretaria da Receita Federal do Brasil que, em conjunto com a Secretaria de Orçamento Federal e a Secretaria do Tesouro Nacional, defina uma metodologia para a elaboração das estimativas de impacto orçamentário-financeiro das renúncias de receitas, com vistas ao cumprimento efetivo do caput do art. 14 da Lei de Responsabilidade Fiscal – Lei Complementar nº 101, de 2000.

Vale citar o acórdão de n. 3.437/2012. TC 015.052/2009-7, que tangenciou o tema em tela. Tratou-se de pedido de reexame interposto pelo Ministro da Fazenda, à época de Guido Mantega, contra determinação relatada pelo Ministro Augusto Nardes, no sentido de que o Ministério da Fazenda, em conjunto com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão,

[...] adote quando da concessão ou ampliação de renúncias de receitas providências com vistas a que não sejam utilizados, como medidas de compensação às renúncias, os ajustes na programação orçamentária e financeira da despesa pública nem o excesso de arrecadação, em estrita observância ao inciso II do art. 14 da Lei de Responsabilidade Fiscal.³⁸⁴

O recorrente esperava que o Tribunal reexaminasse a deliberação, de modo a conferir ao art. 14 da LRF interpretação teleológica inserindo o excesso de arrecadação como medida compensatória para instituição ou ampliação do benefício fiscal. Após a interposição do pedido, os técnicos do TCU dialogaram com o Ministério da Fazenda, com a Advocacia Geral da União, com a Procuradoria Geral da Fazenda Nacional, quando foram realizadas diligências com vistas a averiguar se as medidas adotadas pelo Poder Executivo eram suficientes para compensar as perdas arrecadatórias, como estipula o inciso II do art. 14 da LRF. Foram apontadas pela Semag algumas fragilidades quanto ao resultado da análise:

³⁸³ *Ibid.*, p. 17.

³⁸⁴ TCU. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 3.437/2012**. Processo 015.052/2009-7. Relator: Valmir Campelo. Órgão Julgador: Grupo II – Plenário. Julgamento: 10 dez. 2012, p. 24.

somente um dos trabalhos considerou os efeitos da renúncia tributária ocorridos de fato, no período analisado; os demais trataram de políticas hipotéticas. A Semag salientou o entendimento de que o “resultado da avaliação de uma política de gasto tributário não deve ser utilizado como pressuposto para que ela continue, ou para instituição de outra estratégia semelhante, sem estudo cuidadoso das instâncias que a envolvam”³⁸⁵. A avaliação dos gastos tributários, assim como das políticas públicas é ferramenta relevante na gestão das políticas públicas e deve ser expandida com a finalidade de estimar em que medidas tais políticas estão atingindo o objetivo a que se propõe.³⁸⁶ Constatou-se que, por mais que o voto do ministro do TCU tenha se concentrado na questão do aproveitamento sobre o excesso de arrecadação como um modo de compensação, é evidente a contribuição do acórdão em tela no tocante à constatação da importância do tema, qual seja, o impacto, o resultado, a eficiência das políticas públicas adotadas pelo governo no tocante à aplicação das renúncias tributárias.

O Acórdão n. 809/2014 teve como fundamento examinar se as recomendações propostas no acórdão n. 747/2010 foram cumpridas. Uma das deliberações foi a da definição de uma metodologia para a elaboração das estimativas de impacto orçamentário-financeiro das renúncias de receitas, tendo em vista o cumprimento do *caput* do art. 14 da Lei de Responsabilidade Fiscal. Foi verificado que nem todas as proposições convertidas em lei possuíam estimativa do impacto orçamentário financeiro, sendo de responsabilidade da RFB, Secretaria de Orçamento Federal (SOF) e Secretaria do Tesouro Nacional (STN) avaliarem os atos normativos que instituem ou ampliem renúncias de receitas. A RFB, por sua vez, ao prestar esclarecimentos, afirmou que estimar o impacto das desonerações é uma tarefa complexa, cuja precisão depende das informações disponíveis e da metodologia usada; essa pode variar a depender da disponibilidade de informação e a natureza do benefício tributário, além do que, segundo a RFB, a estimativa é mais precisa na medida em que se dispõe de maior quantidade de informações, portanto após a implementação da renúncia, uma vez que as informações tornam-se disponíveis em maior quantidade.

Concluiu-se, então, a respeito dessa primeira deliberação, que a metodologia de cálculo foi considerada atendida em razão do argumento apresentado pela RFB de que não há possibilidade de oferecer metodologia única de estimativa de impacto das renúncias em razão das características de cada modalidade de receita renunciada, sendo reconhecido, no voto final do ministro Benjamin Zymler, que, de fato, a metodologia de cálculo em questão não é única,

³⁸⁵ *Ibid.*, *loc. cit.*

³⁸⁶ *Ibid.*, *loc. cit.*

pois depende de cada tributo e do tipo de desoneração tributária concedida; tais metodologias não são estanques, podem sofrer alterações ao longo do tempo com vistas a possibilitar melhores estimativas.³⁸⁷ Vale ressaltar que, em 2019, foi apresentado pela Receita Federal o documento *Metodologia de Cálculo dos Gastos Tributários*, que estipula o fundamento metodológico envolvido na estimativa de renúncia e apresenta a execução do cálculo dos gastos tributários.³⁸⁸

O acórdão n. 793/2016, analisou a recomendação do item 9.4 do acórdão n. 1.205/2014, feita à RFB quanto à apresentação da metodologia de cálculo de cada item do DGT, considerada à época em implementação.

Outro acórdão que se propôs a monitorar o cumprimento dos requisitos do art. 14 da LRF foi o de n. 2.756/2018, voltado a fiscalizar a concessão dos principais benefícios tributários da área social e de desenvolvimento. Fiscalizou o item 9.2 do acórdão n. 793/2016/TCU, Plenário, em que foi observada a instituição de renúncias tributárias pelo Poder Legislativo sem observância aos requisitos determinados no art. 14 da LRF; elas ocorreram por meio da inclusão de emendas em medidas provisórias nos seus respectivos processos de conversão em lei. Houve a recomendação para que a Presidência da Câmara dos Deputados e do Senado Federal orientassem as comissões de assessoramento legislativo a cumprir os requisitos exigidos no art. 14 da LRF, com menção quanto à adequação financeira e orçamentária dessas emendas. Tal medida foi considerada como implementada.³⁸⁹ A recomendação elucidada no item 9.4 do Acórdão n. 1.204/2014 resultou “da ausência de transparência quanto a metodologia de cálculo dos Demonstrativos de Gastos Tributários para facilitar o entendimento e compreensão quanto a avaliação dos Gastos Tributários”³⁹⁰. Foi recomendado que, a partir do exercício de 2016, informasse a situação das medidas que seriam adotadas para a publicação da metodologia de cálculo dos gastos tributários³⁹¹. Na ocasião, foi considerada como parcialmente atendida, uma vez que não havia sido verificado o completo atendimento a todas as deliberações.

³⁸⁷ TCU. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 809/2014**. Processo 012.606/2012-0. Relator: Benjamin Zymler. Órgão julgador: Grupo I – Classe V – Plenário. Julgamento: 02 abr. 2014, p. 23.

³⁸⁸ QUEIROZ, Ana Carolina Salomão. **Gastos tributários indiretos e o controle externo exercido pelo Tribunal de Contas da União**: um estudo sobre a importância do controle de seus resultados. 2019. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) –Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019, p. 124. Doi:10.11606/D.2.2019.tde-02072020-150507. Acesso em: 05 jun. 2022.

³⁸⁹ TCU. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 1270/2018**. Processo TC-029.350/2017-4. Relator: José Mucio Monteiro. Órgão julgador: Grupo I – Classe V – Plenário. Julgamento: 28 nov. 2018, p. 10.

³⁹⁰ *Ibid.*, p. 10.

³⁹¹ *Ibid.*, p. 17.

Conclui-se, então, que as recomendações relativas ao cumprimento do disposto no art. 14 da LRF estão em implementação.

3.6.1.2 Prazo de Vigência das Renúncias de Receitas

Outro ponto levantado no acórdão n. 747/2010 trata-se da prorrogação da renúncia de receitas. Verificou-se que a LRF não faz menção expressa a respeito das medidas de prorrogação das renúncias de receitas. O relatório lembra que a instituição de um benefício tributário somente pode ser feita por meio de lei específica. A ampliação do benefício deve ser feita segundo as balizas do art. 14 da LRF e por meio de outro ato normativo, sendo que os benefícios concedidos antes da LRF não devem obedecer aos ditames ali estipulados. Nesse sentido, houve a recomendação do TCU ao Ministério da Fazenda para que, quando houver prorrogação de renúncia de receitas, que haja a observância das condicionantes do art. 14 da LRF.

Quanto ao prazo de vigência das renúncias de receitas, o relatório do TCU aponta que a LRF não trata desse aspecto, porém, como constatado, o *caput* do art. 14 determina que a ampliação ou concessão das renúncias devem obedecer aos preceitos da LDO. Salieta que na LDO de 2010, há essa previsão no art. 91, § 1º, que preleciona que os “Os projetos de lei aprovados ou medidas provisórias editadas no exercício de 2010, que concedam renúncia de receitas da União ou vinculem receitas a despesas, órgãos ou fundos, devem vigor por, no máximo, 5 (cinco) anos”. Constatou-se que a LDO não foi cumprida para a maioria dos projetos de concessão de renúncias fiscais. Em função disso, foi sugerido ao Ministério da Fazenda que sejam adotadas “medidas que atendam às exigências contidas no parágrafo 1º do art. 91 da LDO/2010 – Lei nº 12.017, de 2009, quanto ao prazo máximo de vigência dos respectivos projetos de lei e medidas provisórias”³⁹².

Dito isso, observa-se que foram feitas algumas recomendações finais pelo TCU, entre elas as mais importantes são os itens 12.2 a, b, a seguir:

12.2 determinar ao Ministério da Fazenda que:

- a) observe, quando da prorrogação de renúncias de receitas, as condições estabelecidas no art. 14 da Lei de Responsabilidade Fiscal;
- b) adote, quando da concessão ou renovação de renúncias de receitas, medidas com vistas ao atendimento da exigência contida no § 1º do art. 91

³⁹² TCU. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 3.437/2012**. Processo 015.052/2009-7. Relator: Valmir Campelo. Órgão Julgador: Grupo II – Plenário. Julgamento: 10 dez. 2012, p. 12.

da LDO/2010 – Lei nº 12.017, de 2009, quanto ao prazo máximo de vigência dos respectivos projetos de lei e medidas provisórias.³⁹³

O acórdão n. 809/2014 examinou a deliberação do item 9.2 do acórdão n. 747/2010 no tocante ao prazo de concessão das renúncias de receitas, que, como pode ser visto acima, determinou ao Ministério da Fazenda que sejam adotadas as exigências preconizadas no § 1º do art. 91 da LDO /2010 – Lei n. 12.017/2009, quanto ao prazo máximo de vigência dos respectivos projetos de lei e medidas provisórias, assim como acima observado.

A mesma deliberação decorreu da constatação de que a maioria dos projetos de lei da legislação que concedia renúncias fiscais não possuía prazo determinado, não possuía prazo de vigência ou tal prazo seria superior a cinco anos, o que contradiz a LDO, que determina que esses benefícios devem vigor por, no máximo, 5 anos. A RFB, por sua vez, diz que, ainda que não haja previsão de prazo definido das renúncias, o controle sobre o prazo de vigência deve ser feito em conformidade com a LDO. Essa medida foi considerada parcialmente cumprida pelo TCU, já que parte da amostra de proposições que concediam ou prorrogavam renúncias atendia as exigências de serem acompanhadas por estimativa de renúncia ou medida de compensação.

Ademais, o acórdão n. 793/2016, de relatoria do Ministro Raimundo Carreiro, também fez o monitoramento de algumas das recomendações constantes dos itens 9.1 a 9.4 do acórdão n. 1205/2014. Especialmente, relativo ao tema em tela, quanto ao prazo de vigência das renúncias tributárias, encontrada na recomendação 9.1.2, o prazo de vigência das desonerações tributárias foram consideradas em implementação; verificou-se que as LDOs de 2015 e 2016, ao contrário do que dispunha a de 2014, estipularam a obrigatoriedade da cláusula de vigência para os projetos de lei aprovados ou medidas provisórias que resultem em renúncia de receita, de, no máximo, 5 anos, portanto em conformidade com a determinação do disposto no item 9.1.2. Contatou-se uma redução das medidas de concessão de renúncias tributárias com prazo indeterminado, porém 35% das desonerações estabelecidas em 2015 permanecem com prazo indeterminado.

3.6.1.3 Sistematização e definição de competências dos órgãos envolvidos no processo de fiscalização e concessão das políticas fiscais de renúncias de receitas

Também constatado no acórdão n. 747/2010 é a necessidade de definição bem delimitada de cada um dos órgãos envolvidos no processo, importante para se determinar os

³⁹³ *Ibid.*, p. 22.

gastos de natureza tributária, pois o conjunto de dados, informações, será utilizado como parâmetros a fim de medir, mensurar os resultados e a eficiência de tais políticas.³⁹⁴

O TCU, no que diz respeito a esse tema, fez a seguinte recomendação: determinou ao Ministério da Fazenda que

12.2 c.2) promova a sistematização dos procedimentos a serem adotados na avaliação das propostas que envolvam a concessão de renúncia de receitas, assim como a definição de competências dos vários órgãos envolvidos nesse processo, com vistas a garantir o cumprimento do art. 14 da Lei de Responsabilidade Fiscal e assegurar que tal procedimento seja transparente e passível de controle; [...].³⁹⁵

No mesmo sentido foi discutida no acórdão n. 3.137.2011, TC 030.315./2010-7, a necessidade de se examinar a sistemática de habilitação, concessão e investimentos realizados pelas empresas beneficiárias do Regime Especial de Incentivos para o Desenvolvimento da Infraestrutura. Embora tal acórdão não aborde a temática em específico da saúde, traz avanços importantes no tocante à indagação sobre se os órgãos ou entidades envolvidos na processualística do Regime Especial de Incentivos para o Desenvolvimento da Infraestrutura (Reidi) possuem procedimentos para controle do usufruto do benefício fiscal por parte das empresas beneficiárias e se existe oportunidades de melhoria que visem aumentar a efetividade da renúncia fiscal instituída pelo Reidi. O Regime foi instituído pela Medida Provisória n. 351/07 como uma das medidas do programa de aceleração de crescimento (PAC) do Governo Federal, cujo objetivo foi a atração de investimento no setor por meio da suspensão da incidência de PIS COFINS incidentes sobre as receitas decorrentes da venda ou importação de equipamentos e materiais de construção, quando adquiridos ou importados por pessoa jurídica habilitada ao regime, desde que esses materiais tenham sido empregados em obras do setor de energia, transporte e saneamento. A Auditoria concluiu que esse benefício tratou-se de um gasto tributário típico ou, melhor, trata-se de uma política fiscal que visa à promoção, ao desenvolvimento dos setores selecionados. A Semag também teve intenção de analisar se o bem beneficiado com o Reidi de fato foi aplicado no projeto aprovado e habilitado, concluindo que os ministérios e agências reguladoras apenas analisam a documentação e a compatibilização com o setor de infraestrutura ligado ao seu setor, realizam

³⁹⁴ QUEIROZ, Ana Carolina Salomão. **Gastos tributários indiretos e o controle externo exercido pelo Tribunal de Contas da União**: um estudo sobre a importância do controle de seus resultados. 2019. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019, p. 117. Doi:10.11606/D.2.2019.tde-02072020-150507. Acesso em: 05 jun. 2022.

³⁹⁵ TCU. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 3.437/2012**. Processo 015.052/2009-7. Relator: Valmir Campelo. Órgão Julgador: Grupo II – Plenário. Julgamento: 10 dez. 2012, p. 22.

uma análise intrinsecamente formal, pois não há fiscalização no empreendimento beneficiado com o regime especial. A constatação foi de que houve deficiência no processo de acompanhamento sobre os investimentos realizados pelas empresas beneficiárias que não consideraram se a atividade foi de fato praticada, prejudicando, por conseguinte, o controle dos resultados do benefício fiscal, o chamado, pelos auditores, de *usufruto do incentivo fiscal*, relativo ao aproveitamento do benefício.³⁹⁶ Constatou-se, então, que, além do controle das formalidades, documentos, pela importância de se monitorar os resultados, os Ministérios auditados e a RFB também foram questionados sobre o monitoramento dos requisitos legalmente impostos para a fruição da suspensão, como a correta destinação dos bens. Constatou-se que os ministérios não possuíam controle sobre os benefícios usufruídos pelas pessoas jurídicas, e a RFB respondeu que sua responsabilidade na fiscalização dizia respeito ao curso do devido processo administrativo tributário. Em vista disso, a Semag recomendou que os ministérios e agências auditadas estabeleçam rotina de fiscalização concomitante e subsequente dos empreendimentos beneficiados pelo programa de incentivo fiscal em tela.

O acórdão n. 809/2014 também deliberou sobre o item 9.2.3, também tratado no item 12.2 c.2 acima transcrito. Tal deliberação decorreu da constatação de que inexistia sistemática adequada para a concessão das renúncias, uma vez que não havia clareza quanto aos órgãos que participavam do processo e das suas competências, bem como que nem todos os instrumentos normativos que concediam as renúncias passavam pela análise dos órgãos técnicos, como a RFB, SOF e STN; a apreciação por esses órgãos é fundamental como garantia da transparência e clareza das políticas. Observou-se que o Ministério da Fazenda somente descreveu como se dá a análise da proposta de concessão de renúncias de receitas, incluindo os órgãos que participam desse processo, sem haver regulamentação normativa da sistemática. Foi verificado que não foi tomada providência concreta com relação ao cumprimento dessa determinação por parte do MF e MP.

O MF manifestou interesse em publicar portaria tratando da regulamentação do assunto. A deliberação n. 9.4/MF determina que, ao propor ato normativo que conceda renúncias tributárias, que elas sejam feitas em conformidade com o teor do art. 14 da LRF, constando na exposição de motivos: estimativa de impacto orçamentário-financeiro do exercício que iniciará sua vigência e nos dois seguintes, e demonstração de que a renúncia foi

³⁹⁶ QUEIROZ, Ana Carolina Salomão. **Gastos tributários indiretos e o controle externo exercido pelo Tribunal de Contas da União**: um estudo sobre a importância do controle de seus resultados. 2019. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) –Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019, p. 118. Doi:10.11606/D.2.2019.tde-02072020-150507. Acesso em: 05 jun. 2022.

considerada na estimativa de receita da lei orçamentária e de que não afetará as metas de resultados fiscais.

Outro acórdão que merece atenção atinente a este tema trata-se do acórdão n. 1205/2014, que analisou a estrutura de governança das renúncias tributárias as quais abarcam as etapas de instituição, previsão, monitoramento da concessão e da execução, avaliação e controle de modo a embasarem matrizes de planejamento de auditorias que foram realizadas pelas unidades especializadas do TCU, a qual também visou avaliar a capacidade de gestão dos órgãos gestores de renúncia de receitas, por meio do mapeamento de riscos. A análise divide-se em: i) aspectos conceituais sobre renúncias tributárias; ii) tece considerações sobre principais características do processo de gestão das renúncias tributárias vigentes; iii) apontamento das principais fragilidades nesse processo e após tece conclusões acerca do trabalho; iv) julgamento pelo tribunal de contas.³⁹⁷

Foi realizada ampla análise sobre os benefícios tributários vigentes para identificar, por exemplo, órgãos gestores, políticas públicas aplicadas por esses órgãos, arcabouço legal, mecanismo de gestão de renúncia, controles internos disponíveis, relacionamento entre gestores e a Secretaria da Receita Federal do Brasil, dimensão da renúncia no Plano Plurianual, prazo de vigência e existência de condicionalidades (exigências legais para usufruto dos benefícios). O estudo versou sobre as renúncias tributárias arroladas no Demonstrativo de Gastos Tributários (DGT) produzido pela RFB, encaminhado ao Congresso Nacional, segundo reza o art. 165, § 6º, da CF/88. A fiscalização contou com a participação de alguns órgãos como: Ministério da Fazenda, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Controladoria Geral da União e Casa Civil da Presidência da República. Tomando como base os trabalhos anteriores, foram apontadas algumas falhas, como: i) descumprimento de regras legais na concessão desses benefícios; ii) falhas nos desenhos das políticas públicas contempladas com os recursos; iii) ausência de regras de governança; iv) baixa transparência; v) falhas de operacionalização dos recursos; vi) ausência de avaliação dos resultados alcançados com os recursos renunciados. O objetivo do estudo, então, centrou-se em averiguar a capacidade de gestão, bem como regras de governança e transparência relativas às renúncias tributárias, com o objetivo de aprofundar o conhecimento a respeito do tema para melhor conduzir os futuros trabalhos.³⁹⁸

³⁹⁷ TCU. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 1.205/2014**. Processo 018.259/2013-8. Relator: Raymundo Carreiro. Órgão julgador: Grupo I – Classe V – Plenário. Julgamento: 14 maio 2014, p. 2.

³⁹⁸ TCU. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 1.205/2014**. Processo 018.259/2013-8. Relator: Raymundo Carreiro. Órgão julgador: Grupo I – Classe V – Plenário. Julgamento: 14 maio 2014, p. 3.

O estudo tratou pela primeira vez dos resultados dos gastos tributários indiretos, como a seguir: “buscou-se com a realização desse levantamento aprimorar as análises efetuadas, para que contemplem não apenas os aspectos de conformidade, mas também os resultados porventura alcançados com a concessão dos benefícios”³⁹⁹.

Algumas das conclusões apontadas no relatório foram: i) a constatação de que o processo de instituição de renúncia tributária não está disciplinado formalmente, no Poder Executivo, prejudicando a gestão dos recursos; ii) recomenda que o Ministério se atente ao estabelecimento de um planejamento prévio quando da instituição das renúncias tributárias, com o estabelecimento de metas e indicadores; iii) há uma indefinição sobre o papel a ser exercido pelos órgãos gestores, uma vez que o regimento dos órgãos gestores não definem suas respectivas competências para controle das políticas de renúncias fiscais. No que tange à RFB, esta tem como atuação restrita as questões tributárias, não alcançando a execução e o monitoramento das políticas; iv) constatou-se que os órgãos centrais não efetuam avaliações sistemáticas e individualizadas das políticas públicas de renúncias tributárias.

Dito isso, a Semag assinala a necessidade de promover avanços na área de controle “de modo que a atuação do tribunal vá além da verificação dos aspectos de conformidade das renúncias, e contemple a análise dos aspectos de governança que contribuem para viabilizar o alcance dos resultados pretendidos com o uso de tais instrumentos”⁴⁰⁰.

Desse modo, o TCU fez algumas recomendações, dentre as quais ressalta-se as elaboradas no âmbito do controle de resultados, a seguir:

9.2. recomendar à Casa Civil da Presidência da República, em conjunto com os ministérios do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Fazenda, com fundamento no art. 250, inciso III, do Regimento Interno, que adotem, no prazo de 180 dias, providências para: 9.2.1. criar mecanismos de acompanhamento e avaliação dos benefícios tributários sem órgão gestor identificado na legislação instituidora, incluindo o cronograma e a periodicidade das avaliações, com o fim de verificar se tais benefícios alcançam os fins aos quais se propõem e a pertinência de atribuir o papel de supervisão desses gastos tributários a algum órgão do Poder Executivo; 9.2.2. orientar os ministérios setoriais responsáveis pela gestão de ações governamentais financiadas por renúncias tributárias quanto à elaboração de metodologia de avaliação da eficiência, eficácia e efetividade dos programas ou projetos que utilizam recursos renunciados em decorrência de benefícios tributários, incluindo o cronograma e a periodicidade das avaliações; 9.3. recomendar ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão que, em atendimento ao princípio da transparência, discrimine os itens que compõem o campo “outras fontes” nas tabelas do anexo de programas temáticos do Plano Plurianual, quando de sua revisão ou quando da elaboração do

³⁹⁹ *Ibid.*, p. 2.

⁴⁰⁰ *Ibid.*, p. 53.

próximo plano, e que inclua os montantes relativos às renúncias tributárias associadas aos referidos programas temáticos.⁴⁰¹

Também recomendou aos Ministérios do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, da Integração Nacional, da Saúde, de Minas e Energia, da Previdência Social, da Cultura, da Educação, das Comunicações, do Trabalho e Emprego e do Esporte que realizassem algumas providências, tais quais:

- 9.5.1. verificar a pertinência de regulamentar a gestão das ações governamentais financiadas por renúncias tributárias sob sua responsabilidade, considerando as atividades a serem desenvolvidas, inclusive procedimentos de controle e de avaliação;
- 9.5.2. definir objetivos, indicadores e metas para essas ações, de forma a possibilitar a avaliação dos resultados alcançados por tais políticas, em atenção ao princípio da eficiência insculpido no art. 37 da Constituição Federal.

Em consonância ao explicitado, nota-se que o acórdão evidenciou a importância da determinação de regras de controle de resultados, no tocante à mensuração dos resultados logrados pela política de renúncias fiscais com a fixação de metas, parâmetros de verificação da eficácia de tais políticas.

Ademais, na esteira do acórdão n. 793/2016, avaliou a recomendação do item 9.2, quais sejam: o 9.2.1, de criar mecanismos de controle e avaliação dos benefícios tributários sem órgão gestor identificado na legislação instituidora, de modo periódico a observar se esses benefícios atingem os objetivos pelos quais foram instituídos; o 9.2.2, de orientar os ministérios setoriais responsáveis pelas ações governamentais financiadas por renúncias tributárias quanto à elaboração de metodologia de avaliação de eficiência, eficácia, efetividade dos programas, projetos que utilizam recursos renunciados em decorrência de benefícios tributários.

Relativo ao item 9.2.1, constatou-se que as medidas estão em implementação, uma vez que se verificou o esforço de inclusão da supervisão de gastos tributários sem órgão gestor definido na legislação no rol de competência de órgãos setoriais. Quanto ao item 9.2.2, é considerado em implementação; foram identificadas formas para avaliação dos gastos tributários, considerando-se a identificação dos órgãos gestores responsáveis pela implementação da renúncia tributária; foram determinados critérios para avaliação, método de análise e impacto das políticas públicas; foram aproveitados recursos materiais e humanos para avaliação.

⁴⁰¹ TCU. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 1.205/2014**. Processo 018.259/2013-8. Relator: Raymundo Carreiro. Órgão julgador: Grupo I – Classe V – Plenário. Julgamento: 14 maio 2014, p. 57.

Em seguida, o acórdão n. 2756/2018, quanto à determinação preconizada no subitem 9.2.3.2 do Acórdão 747/2010-TCU-Plenário, decorreu da constatação de que nem todos os atos normativos que instituíam renúncias foram submetidos ao pronunciamento dos órgãos técnicos competentes; foi considerada como parcialmente implementada. Foi determinado que haja

[...] sistematização dos procedimentos a serem adotados na avaliação das propostas que envolvam a concessão de renúncia de receitas, assim como a definição de competências dos vários órgãos envolvidos nesse processo, com vistas a garantir o cumprimento do art. 14 da Lei de Responsabilidade Fiscal e assegurar que tal procedimento seja transparente e passível de controle; [...].⁴⁰²

Por fim, quanto aos itens 9.2.1 e 9.2.2 do Acórdão 1205/2014/TCU, Plenário, as recomendações são para que a “Casa Civil da Presidência da República crie mecanismos de acompanhamento e avaliação dos benefícios tributários sem órgão gestor identificado na legislação instituidora”⁴⁰³, além de

[...] orientar os ministérios setoriais responsáveis pela gestão de ações governamentais financiadas por renúncias tributárias quanto à elaboração de metodologia de avaliação da eficiência, eficácia e efetividade dos programas ou projetos que utilizam recursos renunciados em decorrência de benefícios tributários, incluindo o cronograma e a periodicidade das avaliações; [...].⁴⁰⁴

O Tribunal não considerou tais recomendações implementadas.

Por fim, o acórdão n. 1.112/2020, ao fiscalizar a recomendação do item 9.6 do acórdão n. 2.756/2018, ao Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, na qualidade de coordenador do Comitê de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP), recomendou que se encaminhe ao TCU plano de ação do trabalho de interoperabilidade das bases de dados sob responsabilidade do Governo Federal; constatou que foi considerada cumprida por terem sido observadas melhorias e aperfeiçoamento do sistema de compartilhamento de dados. Em síntese, destaca-se que os pontos fulcrais deste acórdão centram-se na: i) interoperabilidade das bases de dados do Governo Federal; ii) metodologia de cálculo dos gastos tributários; e iii) sistematização de procedimentos. Quanto à sistematização dos procedimentos, constante no item 9.2.3.2 do acórdão n. 747/2010 e 9.2.1 e 9.2.2 do acórdão n. 1.205/2014, não foram consideradas implementadas, mas reconheceu-se o esforço do Poder Executivo em concebê-las.

⁴⁰² TCU. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 1.270/2018**. Processo TC-029.350/2017-4. Relator: José Mucio Monteiro. Órgão julgador: Grupo I – Classe V – Plenário. Julgamento: 28 nov. 2018, p. 17.

⁴⁰³ *Ibid.*, p. 24.

⁴⁰⁴ *Ibid.*, *loc. cit.*

3.7 Conclusão

As origens do conceito de gasto tributário remontam dos estudos de Stanley S. Surrey ao desenvolver um trabalho para a Secretaria do Tesouro Americano dos Estados Unidos, na década de 1970, momento de precária situação financeira do país. Debruçando-se sobre as contas do governo, Stanley observou que as despesas públicas indiretas, aquelas que eram concedidas por meio de renúncias tributárias, não eram contabilizadas no orçamento. Houve o estabelecimento de cortes dos tipos de despesas, tanto diretas quanto indiretas, tornando obrigatória a menção dos gastos tributários, *tax expenditures* no orçamento público, *Budget Act*. Atualmente, diversos países, a exemplo do Brasil, têm incluído no seu orçamento informações sobre renúncias fiscais, sem haver quantificação exata do seu montante, diferentemente do que ocorre com as despesas diretas.

O ordenamento jurídico brasileiro disciplina essas renúncias fiscais em diversos dispositivos constitucionais e legais, tais como: os art. 70 e 165, § 6º, da CF/88. O art. 70 da CF traz menção a quem recai a competência de fiscalização e também o art. 165 da Carta Constitucional, em que se preleciona sobre a necessidade de a lei orçamentária anual vir acompanhada de um demonstrativo dos gastos tributários. A Lei de Responsabilidade Fiscal, no art. 14, trata das medidas, requisitos de controle, como acompanhar a estimativa de impacto orçamentário-financeiro no exercício em que deva iniciar sua vigência e nos dois seguintes, atender ao disposto na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), e/ou vir acompanhada de medida compensatória, no caso de haver ampliação ou instituição de renúncia. Os instrumentos normativos de concessão de renúncias devem estar de acordo com as disposições da LDO, que também estipula prazo máximo de vigência a tais renúncias

Verificou-se uma trajetória crescente dos gastos indiretos da União, de 2003 a 2019, com diminuição desses gastos em 2020 e 2021. Doravante, a estimativa dos gastos indiretos em saúde, assunto nuclear, tem-se detalhadamente explanado a respeito do cenário de déficit quanto ao financiamento no âmbito da saúde pública no país, o que tem ensejado o levantamento de inúmeras medidas na tentativa de mitigar os efeitos das escolhas governamentais quanto à aplicação e determinação dos percentuais mínimos em saúde nos últimos anos.

Dito isso, o montante destinado às renúncias fiscais em saúde passou a ser tema de discussões entre os defensores e agentes das políticas sanitárias em prol da melhor fiscalização e monitoramento do Executivo e órgãos de controle, haja vista maior transparência e clareza quanto aos resultados das políticas fiscais de renúncias de receitas,

afinal esses recursos, que representam um total significativo quando comparados ao total de gastos tributários da União, deixam de ser aplicados diretamente no setor na forma de despesas diretas, portanto sem a rígida fiscalização do Poder Legislativo e demais órgãos de controle. Eis a necessidade de esses gastos terem sua eficiência testada, sobre se essas políticas estão sendo atendidas, se o objetivo que se pretende com tais políticas está sendo concretizado ou não. Deve-se indagar o motivo pelo qual o Estado decidiu investir seus recursos nesse tipo de política indireta, e não por vias diretas por meio da arrecadação tributária, uma vez que se sabe que a não tributação gera efeito indutor social e na economia de mercado, com favorecimento aos grupos dela beneficiados. Observou-se que, a despeito do vasto comando jurídico sobre o tema, o controle e o monitoramento dos gastos indiretos ainda não são analisados de modo abrangente, uma vez que se consegue estimar sobre o montante dispendido, porém sem arrazoar sobre sua eficiência.

Algumas das recorrentes fragilidades apontadas pelo TCU foram: i) o *caput* do art. 14 da LRF nem sempre é cumprido no sentido de que nem todas as proposições vinham acompanhadas de estimativa do impacto econômico-financeiro; ii) a Receita Federal do Brasil, instituição responsável por mensurar o impacto fiscal das renúncias tributárias, declarou que não possui ferramentas necessárias para realizar adequadamente a estimativa desse impacto, sendo difícil calcular, em alguns casos, a adesão dos contribuintes beneficiados antes da vigência da renúncia; iii) prorrogação das renúncias de receitas devendo obediência aos preceitos da LDO; iv) constatação de que a LDO não foi cumprida para a maioria dos projetos de concessão de renúncias; v) necessidade de definir a competência dos vários órgãos envolvidos nesse processo, com vistas a garantir o cumprimento do art. 14 da LRF para que tais dados sejam usados para medir, mensurar, a eficácia desse tipo de política; vi) pelo acórdão n. 3.137.2011, constatou-se que há necessidade de haver maior controle pelos Ministérios e RFB, tendo em vista a correta destinação dos bens; viii) melhor acompanhamento dos investimentos indiretos, antes do término do projeto, de modo a evitar prejuízos ao tesouro; ix) o acórdão n. 809/2014 trouxe a determinação ao Ministério da Fazenda e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão de melhor sistematização dos procedimentos de controle, bem como melhor definição das competências dos órgãos envolvidos no processo em prol de melhor sistemática à concessão dessas renúncias; x) o acórdão n. 1.205/2014 constatou que o processo de instituição de renúncia tributária não está disciplinado formalmente, no Poder Executivo, prejudicando a gestão dos recursos. Recomendando aos Ministérios da Saúde, do Trabalho, da Educação, entre outros que regulamentassem a gestão das ações governamentais financiadas por renúncias tributárias sob

sua responsabilidade, definir objetivos, metas para essas ações para possibilitar a avaliação de resultados de tais medidas. Sendo assim, algumas das medidas foram consideradas implementadas ou parcialmente implementadas por ter sido reconhecido o esforço dos órgãos competentes em fazer cumprir as fragilidades indicadas, algumas das quais são a criação de metodologia de cálculo pela RFB, interoperabilidade das bases de dados do Governo Federal e sistematização dos procedimentos.

Isso posto, e a despeito de todo o esforço e intenção do TCU e demais órgãos gestores em melhor sistematizar e fiscalizar os dados na aplicação de tais políticas, para mensurar a respeito da eficácia ou não dessas medidas faz-se necessária mais clara avaliação de resultados, ainda não atingida pelos órgãos gestores. Somente com esses dados será possível tecer considerações sobre a ampliação, manutenção, instituição ou revogação de um gasto tributário. Contudo, ressalta-se que, a despeito da inexistência de transparência e clareza de resultados, as recomendações da jurisprudência supracitada parecem ter instigado os órgãos gestores da administração pública envolvidos a intensificar o processo em prol da transparência, controle dessas políticas, estendendo tal entendimento ao campo da saúde pública, tema nuclear deste trabalho.

As recomendações e deliberações feitas pelo TCU quanto às fragilidades da aplicação de políticas fiscais geram efeitos e impactam o âmbito da saúde pública, haja vista que o Tribunal tece considerações genéricas de cunho jurídico quando analisa o cumprimento do arcabouço legal orçamentário e constitucional no tocante à instituição, ampliação dessas medidas. Ressalta-se que os procedimentos realizados pelo TCU e suas demais unidades, feitos de modo pontual a respeito de outros benefícios fiscais que não em saúde, são importantes pelas suas considerações tecidas exclusivamente àquelas políticas, mas também pode-se afirmar que suas conclusões gerais são adequadas a outros gastos tributários, nos quais a saúde se inclui.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do presente estudo, pode-se obter algumas conclusões a respeito do tema objeto deste trabalho, qual seja, o da identificação dos pontos de fragilidade em mensurar os resultados das políticas fiscais aplicadas no Brasil por meio da concessão de renúncias de receitas, os chamados gastos tributários indiretos no setor da saúde pública.

Para tanto achou-se conveniente tratar dos conceitos basilares, fundamentais sobre a saúde pública como direito fundamental social, bem como a trajetória histórica que se sucedeu até tal direito ser tutelado pela Constituição Federal, a partir de sua promulgação em 1988, para, em seguida, abordar o panorama de déficit de financiamento da saúde pública no Brasil, demonstrando por meio quantitativo que os dispêndios aplicados no SUS ainda são considerados insuficientes para abarcar um sistema universal de qualidade, assim como foi elucidada à luz da perspectiva jurídica, sendo citada a evolução normativa, a qual ensejou a desconstrução da garantia de progressividade de custeio para os direitos sociais, núcleo motivador do assunto em tela, qual seja, a análise do grau de eficácia da aplicação dos subsídios fiscais federais, estimado por meio do exame pormenorizado dos acórdãos do TCU.

O primeiro capítulo preocupou-se em conceituar *saúde*, indo além do conceito primitivo de um simples estado de ausência de doença, mas como de um completo estado de bem-estar físico, mental e social, ou seja, saúde como produto da harmonia entre o indivíduo e seu entorno social, à luz do preconizado no preâmbulo da OMS, em sua carta de princípios de 1948, sendo que o Estado tem papel fundamental na consecução desse objetivo. Tal ideia de se considerar a saúde como direito iniciou-se no Estado Moderno, em que se verificou uma atuação positiva subsidiária do Estado para proteção da saúde. No século XIX, passa-se a associar a saúde à economia, sendo instaurada como política de governo, no século XX.

Foram usados instrumentos normativos internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), o qual estabeleceu pela primeira vez, saúde como direito; o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, em que novamente os Estados partes reconhecem o direito de toda pessoa desfrutar o mais elevado nível de saúde física, mental, com estabelecimento de medidas precisas a favor da saúde; a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789), deliberando sobre garantias aos cidadãos, contra os excessos provocados pelo Estado, a Declaração do Povo Trabalhador e Explorado (1918), com premissas no tocante à defesa dos direitos sociais, haja vista a opressão e exploração econômica, até culminar na Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela ONU (1948), pós-contexto de guerra. Em 1966, cabe ressaltar a promulgação de dois

importantes tratados que serviram de base para a internalização do seu conteúdo no ordenamento jurídico brasileiro em 1992, quais sejam: o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a partir do qual o direito à saúde, bem como outros de cunho social e econômico, tidos como de segunda dimensão, passaram a ser obrigatórios, e sua efetivação dependeria de um esforço do Estado para tal, por meio da instituição de políticas públicas, bem como por meio de um planejamento orçamentário voltado à satisfação desses direitos.

No Brasil, a proteção ao direito à saúde ganhou força a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, elevando-o a *status* de direito fundamental social, por força da internalização dos tratados internacionais de direitos humanos, conforme aduz o art. 5º, parágrafo 2º, da CF/88, portanto, a despeito do debate contrário acerca da efetividade do direito à saúde, partindo do pressuposto do seu reconhecimento como sendo de aplicabilidade imediata, resta evidente a importância da participação dos órgãos estatais em otimizar esses direitos, mormente o da saúde, em congruência com o artigo 5º, parágrafo 1º, da CF/88.

A própria Constituição da República, somada a outros dispositivos de ordem infraconstitucional, determina o arcabouço normativo em prol da aplicabilidade imediata do direito à saúde. Dentre a legislação infraconstitucional, tem-se a i) Legislação Orgânica do SUS (lei n. 8.080/90), ii) a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências; iii) a Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993, que dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia federal criada pela Lei n. 6439, de 1º de setembro de 1977, vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS); as funções, competências, atividades e atribuições dos Inamps foram absorvidas pelas instâncias Federal, Estadual e Municipal gestoras do SUS; o Inamps tinha como função prestar assistência médica aos segurados do que era o INPS (Instituto Nacional da Previdência Social), atual Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS); iv) a Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, que 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 n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993, e dá outras providências; além de Decretos, Portarias, Emendas Constitucionais, dentre

os quais destaca-se a EC n. 29/2000 e as duas últimas EC n.86/2015 e a EC n. 95/2016, cujo maior impacto centrou-se na alteração das bases de financiamento do SUS.

A Saúde é estabelecida no Brasil por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo, que, assim como prescreve o artigo 196 da CF/88, tem como função a promoção, proteção e recuperação por meio da promoção de ações e serviços. Também merecem ressaltar o artigo 198, que apresenta as diretrizes do SUS, bem como o classifica como sendo uma rede hierarquizada e regionalizada, o artigo 200 da CF/88, que aponta outras atribuições do SUS, e a Lei 8.080/90, que se interessa em tratar das funções, objetivos do SUS, regras de controle e fiscalização.

Os princípios do SUS estão estabelecidos no artigo 6º da CF/88, com exemplo dos princípios da integralidade, equidade, intersetorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade, regionalização e hierarquização, descentralização e comando único, participação popular; dentre eles destaca-se o da regionalização e hierarquização, haja vista que os serviços se complementam dos mais simples aos mais complexos, a partir das regiões delimitadas, desde o âmbito Federal até o Municipal, passando pelo Estadual.

Relativamente, ao tema do financiamento da saúde pública no Brasil, observou-se que a autonomia prelecionada pela Constituição Federal aos entes federados lhes compete responsabilidades face ao SUS de modo cooperativo, uma vez que lhes confere autonomia para legislar sobre diversos assuntos, entre eles: a saúde, tomando como fulcro os dispositivos constitucionais e infraconstitucionais, dentre eles o artigo 23, II, da CF/88, que versa sobre a competência material comum; o artigo 24, XII, da CF/88, no que diz respeito à competência concorrente; artigo 30, II, no tocante à competência suplementar dos Municípios à legislação Federal e Estadual, no que couber. A função específica destinada a cada ente pode ser encontrada nos artigos 16 ao 19 da Lei nº 8080/90, sendo que as funções de competência da União estão determinadas no artigo 16; o artigo 17, por sua vez, aborda a função suplementar dos Estados às normas Federais; o artigo 18 discorre sobre as normas municipais, que tratam das ações de gestão do SUS em âmbito municipal, levando ao debate, muitas das vezes, de que tal descentralização é transferida ao municípios pela proximidade ao enfrentamento dos problemas locais, a maior ingerência em gestão e de cunho financeiro, tendo levado à desresponsabilização da União no sentido a empenhar menos recursos à saúde e atribuindo o ônus aos Estados e Municípios.

Foram apresentados dados extraídos dos sítios eletrônicos do Portal da Transparência, do Ministério da Saúde e foi verificada certa estabilidade das despesas executadas em saúde entre 2014 e 2018, com oscilações a maior entre 2019 e 2022. Quando

comparado com demais países, o gasto *per capita* em saúde no Brasil é inferior ao dos demais países europeus membros da OCDE, constatando-se que, por mais que tenha havido crescimento dos gastos em saúde no Brasil, estes são incapazes de suprir a ampla demanda nacional. Em 2020, período em que foi declarado momento de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional, em que a Covid-19 foi caracterizada pela OMS como pandemia, o Brasil promulgou uma série de instrumentos normativos, tendo em vista o objetivo de prevenir, controlar e proteger, dando resposta de saúde pública e evitando a propagação internacional dessa doença. Em fevereiro de 2020, é sancionada a Lei n. 13.979/2020, que dispõe sobre as medidas de enfrentamento do vírus. A partir daí foram promulgados diversos outros instrumentos normativos, leis, medidas provisórias, abordando os mais variados temas, como regras para aplicação da telemedicina, uso obrigatório de máscaras, proibição da exportação de produtos de interesse para enfrentamento da doença, decretos que trataram das atividades essenciais durante a pandemia, medidas que versam sobre transferências de recursos em temas de pandemia, abertura de créditos extraordinários, entre outros, os quais foram, em sua imensa maioria, judicializados.

O financiamento do SUS, como visto, é de competência de todos os entes políticos públicos, com recursos da Seguridade Social, como rezam os artigos 195 e 198 da CF/88, que é custeada por toda a sociedade de forma direta e indireta, por meio também de recursos advindos da União, Estados e Municípios. O artigo 195 traz as contribuições sociais destinadas ao custeio da Seguridade, sendo que as contribuições dos incisos I e II do mesmo artigo, por força da EC n° 20/1998, que alterou o artigo 167 da CF/88, acrescentando-lhe o inciso XI, são destinadas somente e exclusivamente ao custeio da Previdência Social; portanto, essas receitas não compõem a base de financiamento da saúde. A delimitação da forma de financiamento do sistema de saúde deu-se com a promulgação da EC n° 29/2000, quando acrescentou os parágrafos 2° e 3° ao artigo 198 da CF/88. Em seguida, foi instituída a Lei Complementar n. 141/2012, que veio a regulamentar novamente o artigo 198 da CF/88, agora com a delimitação dos percentuais mínimos em saúde a serem aplicados por cada ente federado. A seguir, houve a instituição da EC n. 86/2015, que alterou o parágrafo 2°, inciso I, do artigo 198 da CF/88, estabelecendo os percentuais mínimos a serem aplicados pela União progressivamente, a partir do ano de 2016, revogando também a possibilidade de o percentual mínimo aplicado pela União ser modificado por meio de Lei Complementar, incorporando ao valor mínimo da União recursos oriundos de petróleo, gás natural e das emendas individuais. A EC n. 95/2016, também conhecida como “emenda do teto dos gastos”, veio a estabelecer o Novo Regime Fiscal, incluindo o artigo 110 do ADCT; congelou por 20 anos os recursos

aplicados em saúde pela União, sendo que, a partir de 2017, o valo mínimo seria aquele aplicado em 2016, corrigido pelo IPCA.

Segundo Élidea Graziane, os fatores de maior relevo que levaram ao déficit orçamentário da saúde, como detalhadamente abordado no segundo capítulo, foi o enfraquecimento do orçamento da seguridade social e a regressividade do custeio no tocante às inúmeras mudanças ocorridas na legislação sanitária no Brasil, nos últimos anos, especialmente relativas aos repasses mínimos da União às ASPS, o que veio a provocar crise do federalismo fiscal, com sobrecarga aos outros entes no que concerne ao custeio do SUS. O financiamento da saúde pública está disposto no artigo 198, parágrafo 1º, da CF/88 com parcela do orçamento da seguridade social, da União, Estados, DF e Municípios, somada a outras fontes, em consonância com o princípio da solidariedade e demais princípios norteadores do SUS.

O advento da CF/88 valeu-se do artigo 55 do ADCT no sentido de instituir transferência de 30% até a aprovação da LDO, dos recursos oriundos do Orçamento da Seguridade Social, porém tal dispositivo vigorou até o advento da EC n. 29/2000, que, por sua vez, acrescentou o artigo 77 ao ADCT, somado aos parágrafos 2º e 3º ao art. 198 da CF/88, cuja redação original, até antes do advento da LC 85/2016, estipulava a base de cálculo sobre a qual seriam aplicados os percentuais mínimos por cada ente subnacional; no caso da União, na forma definida por Lei Complementar, ainda inexistente à época, sendo promulgada doze anos depois; no caso dos Estados e DF, o produto da arrecadação dos impostos conforme redação do art. 198, parágrafo 2º, II; relativo aos Municípios e Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos, à luz do estabelecido no artigo 198, parágrafo 2º, III, da CF/88. Já o artigo 77 previa os percentuais mínimos aplicados pelos Estados, DF e Municípios, prevendo para União percentuais mínimos até o ano de 2004 (valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB), representando valores inferiores ao preconizado pelo art. 55 do ADCT, o que representou, para alguns estudiosos do tema, violação ao princípio da vedação ao retrocesso, violação do artigo 194, IV, da CF/88, que proíbe a irredutibilidade dos benefícios. Somado a isso, a EC n. 29/2000 também vinculou as receitas dos artigos 195, I e II, da CF/88 à previdência, contribuindo ainda mais para o esvaziamento das fontes de custeio e disputa quando comparada às outras duas áreas abarcadas pela seguridade social. Como mencionado, a EC n. 86/2015, especificamente em seu artigo 2º, determina uma aplicação mínima pela União de 15%, calculada com base na RCL; esse percentual seria aplicado de modo progressivo, modificando, portanto, o estipulado pela LC n. 141/2012 à União, o montante empenhado no exercício anterior acrescido da variação nominal do PIB. A Emenda

95/2016 revogou o disciplinado no artigo 2º pela Emenda anterior, congelando até 2036 o valor mínimo a ser repassado pela União à saúde; este será equivalente, nos anos subsequentes a 2017, ao valor aplicado no ano anterior, corrigido pelo IPCA, o que significa dizer que os repasses da União não acompanharão o crescimento da economia do país, conforme dados numéricos apresentados no segundo capítulo.

Partindo do pressuposto que tal emenda estabelece um teto para os gastos públicos, somado a um contexto de crise de custeio da previdência social, é evidente que a concorrência da saúde pelas receitas do Orçamento da Seguridade, quando comparada às demais áreas, ficará mais difícil e acirrada. Também vale ressaltar que os autores citados neste estudo instigam o debate do déficit do financiamento do SUS, aduzindo que a Emenda do teto dos gastos congelou os gastos primários, para descomprimir as despesas financeiras, pois, segundo eles, os gastos com juros da dívida ativa da União não foram congelados, gerando sinal de alerta para um cenário futuro precário e catastrófico no âmbito da saúde pública no país.

Antes de adentrar no tema nuclear deste estudo de mestrado, vale dizer que esta obra também se preocupou em citar, à luz do ordenamento jurídico, bases conceituais sobre os fundos públicos de saúde, acerca das transferências intergovernamentais de recursos, das restrições aos repasses dos recursos, sendo vedadas no caso das transferências obrigatórias, porém possibilitando a suspensão das transferências voluntárias aos entes que não observarem as disposições nesse sentido da LRF.

Posto isto, constata-se déficit no orçamento da saúde pública, levando em conta que esse setor, quando não investido ou mal investido, tem potencial de induzir a efeitos sanitários catastróficos. Tendo como fulcro o uso mais responsivo dos recursos do SUS, mediante o aqui exposto, foi ventilado por doutrinadores, como Élica Grazine, o debate acerca da eficácia das renúncias tributárias, sobre as quais são atribuídos o não atendimento a alguns dos requisitos mandamentais aduzidos pela LRF, dentre outras recomendações. Para entendimento mais amplo a respeito das fragilidades que rodeiam a mensuração dos resultados quanto à instituição dessas políticas fiscais, foi analisada extensa jurisprudência do Tribunal de Contas da União, visto que tais gastos tributários indiretos representam recursos públicos que deixaram de ser recolhidos via direta por meio da arrecadação de tributos pelo Estado, portanto não aplicados diretamente em saúde.

No que respeita ao conceito de *gasto tributário indireto* são benefícios fiscais não sujeitos ao controle e aprovação direta no processo legislativo orçamentário, ao contrário de como ocorre com os gastos diretos. Os benefícios fiscais são aprovados por meio da instituição das leis tributárias. É de entendimento pacífico que a gênese do conceito remonta aos estudos

de Stanley S. Surrey, que, como Secretário do Tesouro Americano, verificou que as despesas indiretas, por não estarem sendo contabilizadas no Orçamento, eram um dos responsáveis pelos excessivos gastos do governo, em um momento de déficit orçamentário e inflação nos Estados Unidos; esses gastos indiretos foram chamados de *tax expenditures*. Ressalta-se que eles representam despesa pública e refletem um efeito indutor do Estado tendo em vista o atingimento a uma determinada finalidade estatal, social ou econômica. Relativamente às despesas indiretas em saúde, não é finalidade deste trabalho engendrar considerações a respeito dos seus efeitos na justiça distributiva, por desviar-se do objetivo do estudo, qual seja, analisar os resultados de governança e monitoramento das políticas fiscais estabelecidas por meio de renúncias de receitas tributárias, proferidas pelo TCU, aproveitando-se do entendimento do Tribunal para tecer considerações em prol do resultado e da eficácia da adoção dos gastos tributários indiretos federais no setor da saúde pública no Brasil.

Foi com a promulgação da CF/88 que foram determinados os contornos, balizas constitucionais e legais a respeito dos gastos tributários. Pode-se citar os arts. 70 e 165, parágrafo 6º da CF/88, e art. 14 da LRF dentre outros. Apesar de a mensuração dos gastos tributários representar um desafio para economistas, observou-se, por meio dos indicadores neste trabalho, um resultado crescente, principalmente aqueles associados às renúncias de IRPF, IRPJ, medicamentos, hospitais filantrópicos.

Este trabalho focou especificamente no controle externo exercido pelo TCU, sobretudo em sua função de monitoramento, controle e fiscalização dos resultados de políticas econômicas financiadas por renúncias de receitas. Constata-se que esse órgão tem inclinado esforços a uma melhor fiscalização, compreensão do assunto por meio de suas deliberações e recomendações, as quais instigaram o Poder Executivo a aprimorar suas atividades de controle. Os acórdãos analisados refletem uma evolução do controle das políticas fiscais federais ao longo dos anos, reconhecendo maior importância à necessidade de aperfeiçoamento quanto à mensuração dos resultados, à gestão, ao estabelecimento de metas; recomendam ações que devem ser tomadas pelos órgãos gestores fiscalizados, bem como monitoram se tais deliberações foram de fato implementadas. A fiscalização contábil, financeira e orçamentária no âmbito do controle externo exercido pelo Poder Legislativo é de competência do TCU, a quem cabe fiscalizar a qualidade do gasto do recurso público, no qual o gasto tributário indireto está incluído, opinando pela sua legalidade, economicidade e legitimidade, conforme dispõe o art. 70 da Constituição Federal e o parágrafo 1º, art. 1º, da Lei 8.433/1992 (Lei Orgânica do TCU). Internamente, o TCU é composto por algumas unidades, entre elas a Secretaria de Macroavaliação Governamental (Semag); citada inúmeras

vezes, este tem como função fiscalizar as renúncias de receitas federais por meio da realização de auditorias para então sugerir ao TCU ações de melhoria. Essas deliberações serão votadas pelo Plenário do TCU e destinadas a órgãos administrativos gestores. Posteriormente, a Semag, por meio de novas rodadas de auditoria e monitoramento, fiscalizará se as recomendações proferidas pelo TCU estão sendo cumpridas, em prol de melhores táticas de governança interna e transparência dos órgãos gestores, tendo em vista melhor gestão dos recursos públicos.

Foram analisados doze acórdãos proferidos pelo TCU nos últimos dez anos, concluindo-se que a maioria deles converge quanto aos pontos mais importantes, que em síntese podem ser reduzidos a três deliberações cruciais: i) cumprimento dos requisitos do *caput* e incisos I e II do art. 14 da LRF; ii) prazo de vigência das renúncias de receitas; iii) sistematização e definição de competências dos órgãos gestores envolvidos na concessão de políticas fiscais de renúncias de receitas tributárias.

Quanto ao primeiro item, a Lei de Responsabilidade Fiscal, no art. 14, traz algumas medidas a serem adotadas para concessão ou ampliação de benefícios de natureza tributária: i) estimativa do impacto orçamentário financeiro no exercício de início da vigência e nos dos seguintes; ii) atender ao disposto na Lei de Diretrizes Orçamentárias; e iii) uma das condições: ou a determinada no inciso I do art. 14, ou a do inciso II do art. 14 da LRF. Os acórdãos que trataram do tema foram: o n. 747/2010; o n. 3437/2012, que não tratou exatamente do tema, mas o tangenciou quando discutiu sobre a não utilização, como medida de compensação, das renúncias de receitas, dos ajustes na programação orçamentária e financeira da despesa pública, nem do excesso de arrecadação; e os acórdãos seguintes: n. 809/2014, n. 793/2016 e n. 2.756/2018.

O acórdão base sob o qual surgiam as deliberações dos demais acórdãos foi o n. 747/2010, que analisou que nem todas as renúncias de receitas obedeciam ao disposto no *caput* do artigo 14 da LRF, pois não vinham acompanhadas da estimativa do impacto orçamentário financeiro, constatando-se que à época o RFB, a instituição responsável por auferir esse resultado, declarou não possuir ferramentas necessárias para analisar o impacto, sendo recomendado à RFB a definição de uma metodologia de cálculo adequada para a elaboração da estimativa de impacto econômico financeiro das renúncias de receitas. Essa recomendação será repetida em todo os demais acórdãos aqui citados, sendo considerada pelo acórdão n. 2.756/2018 em implementação, haja vista a RFB estar tomando as providências cabíveis para o cumprimento da mesma recomendação. Atualmente, ressalta-se que a receita federal, em 2019, divulgou a metodologia de cálculo dos gastos tributários com o fundamento

metodológico da estimativa de renúncia, somada à apresentação da execução dos cálculos dos gastos tributários.

Com relação ao cumprimento de um dos incisos, I ou II, do art. 14 da LRF, à luz do acórdão n. 747/2010, o inciso I trata-se exatamente da necessidade do DGT; relatou-se que à época não vinha sendo cumprido, uma vez que há estimativa do quantum de renúncias auferidas no exercício anterior, mas não das renúncias a serem concedidas ou ampliadas a partir do exercício seguinte. Quanto ao inciso II, foi recomendado pela Semag que o excesso de arrecadação das receitas não deve ser considerado para fins de compensação das renúncias de receitas e que deve haver estrita observância à redação do inciso II, qual seja, somente quando do aumento da alíquota ou instituição de receitas. Esse entendimento foi ratificado pelo TCU.

Relativo ao prazo de vigência de renúncias de receitas, foi constatado, mediante acórdão n. 747/2010, que a LRF não trata especificamente sobre o assunto, porém traz uma condicionante no art. 14, concernente à obediência dos preceitos da LDO, a qual estipula que o prazo máximo de vigência deve ser de, no máximo, cinco anos. Verificou-se que essa medida não foi cumprida, tendo sido feita a recomendação do TCU ao Ministério da Fazenda para que haja observância das predisposições da LDO quanto ao prazo máximo de vigência. Nesse mesmo sentido foi o entendimento do acórdão n. 809/2014, em que essa medida foi considerada parcialmente cumprida pelo TCU, uma vez que essas propostas vinham acompanhadas das medidas de compensação. O acórdão n. 793/2016 também tangenciou o tema, sendo considerado em implementação, haja vista que as LDOs de 2015 e 2016, ao contrário da de 2014, estipularam cláusula com prazo máximo de vigência para os projetos de lei aprovados ou medidas provisórias que resultassem em renúncia de receita, de no máximo 5 anos; houve diminuição das desonerações em prazo de vigência indeterminado, porém ainda foi constatado à época da elaboração do acórdão que em torno de 35% das desonerações instituídas em 2015 foram instituídas sem obediência à LDO.

Quanto à sistematização e definição de competências dos órgãos gestores envolvidos na fiscalização e concessão das políticas fiscais de renúncias de receitas, o acórdão n. 747/2010 traz as seguintes deliberações: necessidade de definir os órgãos envolvidos no processo, bem como melhoria na sistematização de seus dados, a fim de melhorar a mensuração dos resultados e a definição de competência dos órgãos envolvidos, necessidade de apreciação dos instrumentos normativos de renúncias pela RFB, SOF e STN, bem como necessidade da determinação de metas, parâmetros de verificação de eficácia de tais políticas. O acórdão n. 3.137.2011 ressalta a necessidade de melhor acompanhamento dos órgãos

gestores quanto à correta destinação dos bens, investigando se, de fato, as entidades beneficiárias estavam utilizando o recurso para o fim que de fato foi proposto, sendo essa inclusive a recomendação da Semag.

Outras medidas citadas no acórdão n. 793/2016 foram quanto à criação de mecanismos de controle e avaliação dos benefícios tributários sem órgão gestor identificado na legislação instituidora para verificar se esses benefícios atingem os objetivos pelos quais foram instituídos, bem como a orientação dos ministérios setoriais quanto à necessidade de se estabelecer metodologias de avaliação de eficácia dos programas que utilizam dos recursos renunciados produtos da aplicação dos benefícios fiscais. Essas não foram consideradas como atendidas, embora tenha-se reconhecido o esforço dos ministérios e do poder executivo em atendê-las. Já o acórdão n. 1.205/2014 traz a necessidade de formalizar a regulamentação de gestão das ações governamentais financiadas por renúncias tributárias sob responsabilidade dos órgãos ministeriais e de gestão.

Por conseguinte, resta muito claro o esforço do TCU, bem como de outros órgãos envolvidos em monitorar, fiscalizar os programas que concedem benefícios fiscais no Brasil, porém, por ainda não ser possível tecer resultados precisos e assertivos quanto à avaliação de resultados que, como explicado, ainda não foi alcançada pelos órgãos gestores, haja vista a necessidade de melhorias no tocante à sistematização dos dados, a definição de órgãos gestores para programas de incentivos cujo órgão responsável para sua respectiva fiscalização não tenha sido definido, somada à necessidade de definir as competências dos órgãos gestores envolvidos, bem como à necessidade de regular formalmente a gestão fiscalizatória desses órgãos, não é possível tecer considerações quanto à manutenção ou ampliação das políticas fiscais financiadas por meio das renúncias de receitas tributárias.

É preciso ainda mais transparência para que se possa definir a respeito da eficácia dessas políticas, especialmente concernente ao controle e monitoramento realizados pelos órgãos gestores. Essa análise, conclusão abrangente a todo tipo de política fiscal financiada por meio de renúncias de receitas, pelo Tribunal demonstra-se ser adequada às renúncias fiscais pontuais como as da área da saúde. Sendo assim, haja vista as ainda não sanadas fragilidades no campo de governança, gestão, estruturação dessas políticas, não se pode definir, no âmbito da saúde, se as renúncias de receitas tributárias de tal setor devem ser mantidas, ampliadas ou até mesmo extintas, não se podendo então estabelecer um juízo de valor quanto a sua eficácia ou não e, conseqüentemente, quanto aos possíveis efeitos que tais receitas não arrecadadas representam face às despesas diretas em saúde, levando em conta o quadro de subfinanciamento do SUS.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, Marcus. **Curso de direito financeiro brasileiro**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ALEMANHA. Parlamento. Lei Fundamental. Constituição de Weimar, de 1919. Tradutor: Assis Mendonça. **Parlamento Federal Alemão**. Berlim:, jan. 2011. Disponível em: [http://www4.policiamilitar.sp.gov.br/unidades/dpcdh/Normas_Direitos_Humanos/CONSTITUI%C3%87%C3%83O%20DE%20WEIMAR%20\(ALEM%C3%82\)%20-%201919%20-%20EM%20PORTUGU%C3%8AS.pdf](http://www4.policiamilitar.sp.gov.br/unidades/dpcdh/Normas_Direitos_Humanos/CONSTITUI%C3%87%C3%83O%20DE%20WEIMAR%20(ALEM%C3%82)%20-%201919%20-%20EM%20PORTUGU%C3%8AS.pdf). Acesso em: 12 nov. 2021.

ALMEIDA, Francisco Ribeiro. Uma abordagem Estruturada da Renúncia de Receita Pública Federal. **Revista do Tribunal de Contas da União**, v. 31, n. 84, p. 19-62, 2000.

ASBAHR, Pericles. Considerações sobre o Direito Humano à Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 5, n. 3, p. 9-28, nov. 2004.

BAKES, Marli Terezinha Stein et al. Conceito de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 17, n. 1, p. 111-117, 2009.

BALEEIRO, Aliomar. **Uma Introdução à Ciência das Finanças e à Política Fiscal**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1964.

BARATA, Rita de Cássia Barradas. **A historicidade do conceito de causa: epidemiologia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 1985.

BARBUGIANI, Luiz Henrique Sormani. O direito sanitário no federalismo brasileiro: da legalidade da edição de normas sanitárias pelas diversas esferas de poder e a inexistência de conflito entre elas. **Revista de Direito Sanitário**, v. 7, n. 1-3, p. 88-110, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v7i1-3p88-110>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BATISTA JR., Onofre Alves; MARINHO, Marina Soares. A DRU e a deformação do sistema tributário nacional nestes 30 anos de Constituição. **Revista de Informação Legislativa – Senado Federal**, ano 55, n. 219, p. 27-52, jul./set. 2018.

BODRA, Maria Eugênia Ferraz do Amaral; DALLARI, Sueli Gandolfi. A saúde e a iniciativa privada na Constituição Federal de 1988: princípios jurídicos. **Revista de Direito Sanitário**, v. 20, n. 3, p. 240-260, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i3p240-260>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portal da Transparência. **Visão geral da distribuição por subárea (subfunção)**. Brasília: Datasus; SIOPS, 2020. Disponível em: <https://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2021>. Acesso em: 22 maio 2022.

BRASIL, Receita Federal. Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros. **Metodologia de Cálculo dos Gastos Tributários**. Brasília, DF: Receita Federal, jul. 2021. Disponível em:

https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/receitadata/renuncia-fiscal/demonstrativos-dos-gastos-tributarios/Informacoes_metodologicas. Acesso em: 04 maio 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2015. Brasília, 2015.

BRASIL. Congresso Nacional. Emenda Constitucional n. 12, de 16 de agosto de 1996. Outorga competência à União, para instituir contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 ago. 1996.

BRASIL. Congresso Nacional. **Glossário de Termos Orçamentários**. Brasília : Grupo de Trabalho Permanente de Integração da Câmara dos Deputados com o Senado Federal, Subgrupo Glossário Orçamentário, 2020. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-orcamentario>. Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **O SUS e a efetivação do Direito Humano à Saúde: Controle Social**. 2. ed. Passo Fundo, RS: CNS, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-943883>. Acesso em: 06 abr. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **O SUS e a efetivação do Direito Humano à Saúde: Controle Social**. 2. ed. Passo Fundo, RS: CNS, 2020, p. 70. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-943883>. Acesso em: 06 abr. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v. 1). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf> Acesso em: 07 abr. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Lei nº 141/2012 e os Fundos de Saúde**. Brasília: CONASS, 2013.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **4º Orçamento de Subsídios da União – Relatório do Governo Federal sobre a evolução dos gastos tributários e benefícios financeiros e creditícios no período 2003 a 2016**. Brasília, DF: Ministério da Fazenda, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/boletins/boletim-subsidios/arquivos/2020/osu-2020-final-em-09-07-2020-18h25.pdf/view>. Acesso em: 06 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: conta SHA para Brasil, 2015 a 2019**. Rio de Janeiro: IPEA, 2022, p. 29.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Brasília, 11 maio 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona>. Acesso em: 07 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tesouro Eletrônico**. Brasília, 2022. Disponível em: <http://bvsm2.saude.gov.br/cgi-bin/multites/mtwdk.exe?k=default&l=60>, Acesso em: 7 abr. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (de 24 de fevereiro de 1891). **Diário Oficial da União**. Rio de Janeiro, 24 fev. 1891. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm. Acesso em: 12 nov. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**. Brasília, 05 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 nov. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Constituição Política do Império do Brasil (de 25 de março de 1824). Constituição Política do Império do Brasil, elaborada por um Conselho de Estado e outorgada pelo Imperador D. Pedro I, em 25.03.1824. **Coleção de Leis do Império do Brasil**. v. 1. Rio de Janeiro, 1824, p. 7. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm. Acesso em: 12 nov. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1. Brasília, 31 ago. 1994, p. 13093.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 29 set. 1995, p. 15196.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 10.211, de 30 de janeiro de 2020. Dispõe sobre o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional - GEI-ESPII. **Diário Oficial da União**. Ed. 21-A, Seção 1, Extra. Brasília, 30 jan. 2020, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 10.212, de 30 de janeiro de 2020. Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. **Diário Oficial da União**. Ed. 21-A, Seção 1, Extra. Brasília, 30 jan. 2020, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 10.282, de 22 de março de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. **Diário Oficial da União**. Ed. 55-H, Seção 1, Extra. Brasília, 21 mar. 2020, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 10.288, de 22 de março de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir as atividades e os serviços relacionados à imprensa como essenciais. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 55-J. Brasília, 22 mar. 2020, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 123. Brasília, 29 jun. 2011, p. 1-3.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 19.402, de 14 de novembro de 1930. Cria uma Secretária de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. **Diário Oficial da União**. Seção 1. Rio de Janeiro, 18 nov. 1930, p. 20883.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional n. 103, de 12 de novembro de 2019. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 220. Brasília, 13 nov. 2019, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional n. 20, de 15 de dezembro de 1998. Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 dez. 1998.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional n. 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. Supremo Tribunal Federal. **Diário Oficial da União**. Brasília, 14 set. 2000, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional n. 42, de 19 de dezembro de 2003. Altera o Sistema Tributário Nacional e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 31 dez. 2003, p. 3.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006. Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. **Diário Oficial da União**. ISSN Brasília, 15 fev. 2006, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional n. 63, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o § 5º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre piso salarial profissional nacional e diretrizes para os Planos de Carreira de agentes comunitários de saúde e de agentes de combate às endemias. **Diário Oficial da União**. Brasília, 05 fev. 2010, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 52. Brasília, 18 mar. 2015, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Ed. 241, Seção 1. Brasília, 16 dez. 2016, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar n. 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 jan. 2012, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 10.424, de 15 abr. 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a

promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 abr. 2002, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**. Seção 1. Brasília, 8 abr. 2005, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 12.401, de 12 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 81. Brasília, 29 abr. 2011, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 164. Brasília, 25 ago. 2011, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 12.895, de 18 de dezembro de 2013. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, obrigando os hospitais de todo o País a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 246. Brasília, 19 dez. 2013, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 13.080, de 2 de janeiro de 2015. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2015 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, Edição Extra, n. 1-A. Brasília, 2 jan. 2015, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 13.097, de 19 de janeiro de 2015. Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores. [...] e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 13. Brasília, 20 jan. 2015, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 27. Brasília, 7 fev. 2020, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 14.006, de 28 maio de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para estabelecer o prazo de 72 (setenta e duas) horas para que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) autorize a importação e distribuição de quaisquer materiais, medicamentos, equipamentos e insumos da área de saúde registrados por autoridade sanitária estrangeira e autorizados à distribuição comercial em seus respectivos países; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 102. Brasília, 29 maio 2020, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 14.019, de 2 de julho de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre a obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção individual para circulação em espaços públicos e privados acessíveis ao público, em vias públicas e em transportes públicos, sobre a adoção de medidas de assepsia de locais de acesso público, inclusive transportes públicos, e sobre a disponibilização de produtos saneantes aos usuários durante a vigência das medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da pandemia da Covid-19. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 126. Brasília, 3 jul. 2020, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 14.021, de 7 de julho de 2020. Dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas; cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas; estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento à Covid-19; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a fim de assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 129. Brasília, 8 jul. 2020, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 14.023, de 8 de julho de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para determinar a adoção de medidas imediatas que preservem a saúde e a vida de todos os profissionais considerados essenciais ao controle de doenças e à manutenção da ordem pública, durante a emergência de saúde pública decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 130. Brasília, 9 jul. 2020, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 14.141, de 19 de abril de 2021. Altera o art. 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre a remessa de patrimônio genético ao exterior em situações epidemiológicas que caracterizem emergência em saúde pública. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 173. Brasília, 20 abr. 2021, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 14.313, de 21 de março de 2022. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre os processos de incorporação de tecnologias ao Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a utilização, pelo SUS, de medicamentos cuja indicação de uso seja distinta daquela aprovada no registro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **Diário Oficial da União**. Ed. 55, Seção 1, Brasília, 22 mar. 2022, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 182. Brasília, 23 mar. 1964, p. 2745.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 6.439, de 1º de setembro de 1977. Institui o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1. Brasília, 2 set. 1977. p. 11617.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 182. Brasília, 20 set. 1990, p. 18055.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 31 dez. 1990, p. 25694.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1. Brasília, 28 jul. 1993.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 105. Brasília, 4 jun. 1998, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**. Seção 1. Brasília, 24 set. 1999, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória n. 924, de 13 de março de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Educação e da Saúde, no valor de R\$ 5.099.795.979,00, para os fins que especifica. **Diário Oficial da União**. Ed. 50-B, Seção 1, Extra. Brasília, 13 mar. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória n. 938, de 2 de abril de 2020. Dispõe sobre a prestação de apoio financeiro pela União aos entes federativos que recebem recursos do Fundo de Participação dos Estados - FPE e do Fundo de Participação dos Municípios - FPM, com o objetivo de mitigar as dificuldades financeiras decorrentes do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19). **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 64-B. Brasília, 2 abr. 2020, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória n. 940, de 2 de abril de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 9.444.373.172,00, para os fins que especifica. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 64-B, Edição Extra. Brasília, 2 abr. 2020, p. 2.

BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória n. 941, de 2 de abril de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Educação, da Saúde e da Cidadania, no valor de R\$ 2.113.789.466,00, para os fins que especifica. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 64-B, Edição Extra. Brasília, 2 abr. 2020, p. 2.

BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória n. 942, de 2 de abril de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor da Presidência da República e dos Ministérios da Educação, da Justiça e Segurança Pública, e da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, no valor de R\$ 639.034.512,00, para os fins que especifica. **Diário Oficial da União**. Ed. 64-B, Seção 1, Extra. Brasília, 2 abr. 2020.

BRASIL. Receita Federal. Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros. **Demonstrativos dos Gastos Tributários**. Bases Efetivas 2018. Série 2016 a 2021. Brasília, DF: Receita Federal, 29 dez. 2021. p. 05. Disponível em: <https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/aceso-a>

informacao/dados-abertos/receitadata/renuncia-fiscal/demonstrativos-dos-gastos-tributarios/arquivos-e-imagens/dgt-bases-efetivas-2018-serie-2016-a-2021-base-conceitual-e-gerencial.pdf. Acesso em: 04 maio 2022.

BRASIL. Receita Federal. **Gastos Tributários** – Bases Efetivas. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/receitadata/renuncia-fiscal/demonstrativos-dos-gastos-tributarios/gastos-tributarios-bases-efetivas>. Acesso em: 22 maio 2022..

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 6.341/DF**. Relator: Ministro André Mendonça. Julgamento: 15 abr. 2020. Órgão Julgador: Tribunal Pleno. Publicação: DJe, 16 abr. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 6.343/DF**. Relator: Ministro André Mendonça. Julgamento: 14 fev. 2022. Órgão Julgador: Tribunal Pleno. Publicação: DJe, 16 fev. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 6.586/DF**. Relator: Ricardo Lewandowski. Julgamento: 17 dez. 2020. Órgão Julgador: Tribunal Pleno. Publicação: DJe, 05 fev. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 6.587/DF**. Relator: Ricardo Lewandowski. Julgamento: 17 dez. 2020. Órgão Julgador: Tribunal Pleno. Julgamento: DJe, 07 abr. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 6.362/DF**. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Julgamento: 2 nov. 2020. Órgão Julgador: Tribunal Pleno. Publicação: DJe, 9 dez. 2020. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5886574>. Acesso em: 16 dez. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 754/DF**. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Julgamento: 21 mar. 2022. Órgão Julgador: Tribunal Pleno. Publicação: DJe, 23 jun. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Supremo começa a julgar compartilhamento de dados de usuários de telefonia com o IBGE. **Notícias STF**. Brasília, 6 maio 2020. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=442823>. Acesso em: 14 dez. 2020.

BRASIL. Tesouro Nacional. **Relatório resumido da execução orçamentária do governo federal e outros demonstrativos**. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2018. Disponível em: <https://www.tesourotransparente.gov.br/temas/contabilidade-e-custos/relatorio-resumido-da-execucao-orcamentaria-rreo-uniao>. Acesso em: 13 maio 2018.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Processo n. 032.624/2013-1. Relator: Benjamin Zymler. Julgamento: 26 mar. 2014.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Direito Administrativo e Políticas Públicas**. São Paulo: Saraiva, 2006.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>. Acesso em: 7 abr. 2022.

CARVALHO, Mariana Siqueira de. A saúde como direito social fundamental na constituição federal de 1988. **Revista de Direito Sanitário**, v. 4, n. 2, p. 15-31, 2003. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v4i2p15-31>. Acesso em: 22 abr. 2022.

CESTARI, Renata Constante. **Aspectos Jurídicos e Federativos do Financiamento da Saúde**. São Paulo, 2019.

CIDH. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **Declaração Americana dos Direitos e deveres do Homem**. Aprovada na Nona Conferência Internacional Americana. Bogotá, 1948. Disponível em: https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/b.declaracao_americana.htm. Acesso em: 13 fev. 2022.

COELHO, Sacha Calmon Navarro. **Comentários à Constituição de 1988: Sistema Tributário**. 10.^a ed. Rio de Janeiro: Forense, 2006.

COMPARATO, Fábio Konder; TORRES, Heleno Taveira; PINTO, Élica Graziane; SARLET, Ingo Wolfgang. Financiamento do Direito à saúde e à educação: mínimos inegociáveis. **Consultor Jurídico**. São Paulo, 27 jul. 2016. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2016-jul-27/financiamento-direitos-saude-educacao-minimos-inegociaveis>. Acesso em: 26 maio 2022.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Aplicação de Recursos em Ações e dos Públicos de Saúde**. Brasília, 5 maio 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/aplicacao-de-recursos-em-acoes-e-dos-publicos-de-saude/>. Acesso em: 23 mar. 2022.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão dos Fundos de Saúde**. Brasília, 5 maio 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/gestao-dos-fundos-de-saude/>. Acesso em: 23 mar. 2022.

CONTI, José Mauricio. **A autonomia financeira do Poder Judiciário**. São Paulo: MP, 2006.

COSTA, Nilson do Rosário. Direito à saúde na Constituição: um primeiro balanço. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 5, n. 1, p. 98-104, 1989. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1989000100008>. Acesso em: 2 abr. 2022.

CRETELLA JÚNIOR, José. **Dicionário de direito administrativo**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1999.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, v. 9, n. 3, p. 9-34, 2008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128>. Acesso em: 23 nov. 2021.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A Participação Popular e o Direito à Saúde no Sistema Nacional de Saúde Brasileiro. **Revista de Direito Sanitário**, v. 6, n. 1-3, p. 9-24. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v6i1-3p9-24>. Acesso em: 25 jan. 2021.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito Sanitário. *In*: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Organizador: Márcio Iorio Aranha. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 39-61.

DELGADO, Guilherme; JACCOUD, Luciana; NOGUEIRA, Roberto Passos. Segurança Social: redefinindo o alcance da cidadania. **Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise**, v. 1, n. 17, p. 17-41, 2009. (Série Vinte anos da Constituição Federal).

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Discricionariedade administrativa na Constituição de 1988**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

DURÃES, Marisa Socorro Dias. Gastos indiretos da União: relevância na gestão da Política Pública, evolução recente e perspectiva de aprimoramento da governança. **Revista Cadernos de Finanças Públicas**, v. 2, n. 1, edição especial, p. 1-79, 2021.

ESPAÑA. Constituição Espanhola. **Boletín Oficial del Estado**, n. 311, 29 dez. 1978, p. 29313-29424. Disponível em: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-40008. Acesso em: 12 nov. 2021.

FALEIROS, Daniel Resende; PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. Saldos dos repasses federais no SUS: o que temos e o que esperar do incremento para a COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 11, p. 5639-5651, nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.13712021>. Acesso em: 1º jun. 2022.

FARIA, Luzardo. A Saúde como Direito Fundamental Social: Regime Jurídico-Constitucional e Exigibilidade Judicial. **Revista Jurídica da Procuradoria Geral do Estado do Paraná**, n. 5, p. 123-161, 2014.

FRANÇA. Assembleia Nacional. **Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789**. Paris, 1789. Disponível em: <https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/414/2018/10/1789.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2022.

FRANCE. Conseil Constitutionnel. **Constitution de 1791**. Paris, 3 sept. 1791. Disponível em: <https://www.conseil-constitutionnel.fr/les-constitutions-dans-l-histoire/constitution-de-1791>. Acesso em: 12 nov. 2021.

FRANCE. Conseil Constitutionnel. **Constitution du 24 juin 1793**. Paris, 24 juin 1793. Disponível em: <https://www.conseil-constitutionnel.fr/les-constitutions-dans-l-histoire/constitution-du-24-juin-1793>. Acesso em: 12 nov. 2021.

FUNCIA, Francisco Rozsa. Efeitos negativos da emenda constitucional 95/2016 sobre a execução orçamentária e financeira de 2017 do Ministério da Saúde. **CMB**. Brasília, 21 fev. 2018. Disponível em: <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/noticias/2347-efeitos-negativos-da-emenda-constitucional-95-2016-sobre-a-execucao-orcamentaria-e-financeira-de-2017-do-ministerio-da-saude>. Acesso em: 27 abr. 2022.

GARCIA, Leandro Martin Totaro *et al.* Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 966-980, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140083>. Acesso em: 7 abr. 2022.

GRUPENMACHER, Betina Treiger. Lei de Responsabilidade Fiscal: Competência Tributária, Arrecadação e Renúncia. *In*: ROCHA, Valdir de Oliveira (coord). **Aspectos Relevantes da Lei de Responsabilidade Fiscal**. São Paulo. Dialética. 2001. p. 09-24.

HARADA, Kiyoshi. **Responsabilidade Fiscal**. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2002.

HENRIQUES, Elcio Fiori. **O regime jurídico do gasto tributário no direito brasileiro**. 2009. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) –Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: doi:10.11606/D.2.2009.tde-15062011-153003. Acesso em: 03 jun. 2022.

ITÁLIA. Senado da República. **Constituição da República Italiana, em 1947**. Roma, 27 dez. 1947. Disponível em: https://www.senato.it/sites/default/files/media-documents/COST_PORTOGHESE.pdf. Acesso em: 12 nov. 2021.

JÈZE, Gaston. **Principios Generales de Derecho Administrativo**. Tradução: Millán Almagro. Primeira Parte. Buenos Aires: Depalma, 1949.

LEITE, Renata Antunes Figueiredo *et al.* Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 51, p. 661-672, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0653>. Acesso em: 7 abr. 2022.

LÉNINE, Vladimir Ilitch. Declaração do Povo Trabalhador e Explorado, de 1918. **Obras Escolhidas de V. I. Lênine**. Tomo 2. Lisboa: Editorial Avante, 1988. p. 448-450.

LIMA JÚNIOR, Jayme Benvenuto. **Os direitos humanos econômicos, sociais e culturais**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

LOURENÇO, Luciana de Fátima Leite; DANCZUK, Rutes de Fátima Terres; PAINAZZER, Daiany; Junior; NEWTON Ferreira de Paula; MAIA, Ana Rosete Camargo Rodrigues; SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos. A Historicidade filosófica do Conceito Saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde**, v. 3, n. 1, p. 18-35, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1028952>. Acesso em: 22 abr. 2022.

MALLET, Antonio César Silva. O Direito Sanitário como instrumento de fortalecimento do SUS: a ênfase a Educação Permanente em Saúde e os Resultados do Curso de Especialização. **Cadernos de informação técnica e memória do CONASS**. v. 30. Anexo 7. Orçamento Público no Brasil. Brasília, 2018. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/direitosanitario/anexo/Conass_Documenta_30_ANEXO-7.pdf.

MARTINS, Guilherme Waldemar D'Oliveira. **A Despesa Fiscal e o Orçamento do Estado no Ordenamento Jurídico Português**. Coimbra: Almedina, 2004.

MARTINS, Ives Gandra da Silva; NASCIMENTO, Carlos Valder do (org.). **Comentário à lei de responsabilidade fiscal**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

MAZZA, Fabio Ferreira; MENDES, Áquilas Fabio Ferreira. Decisões judiciais e orçamento: um olhar sobre a saúde pública. **Revista de Direito Sanitário**, v. 14, n. 3, p. 42-65, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v14i3>. Acesso em: 23 abr. 2022.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**. 28. ed. São Paulo. Malheiros, 2003.

MEXICO. Poder Ejecutivo. Constituição Mexicana, de 1917 – Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que Reforma la de 5 de Febrero del 1857. **Diario Oficial**. Tomo V, 4ª Época, n. 30. Ciudad de Mexico, 5 feb. 1917, p. 147-161. Disponível em: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum/CPEUM_orig_05feb1917.pdf. Acesso em: 12 nov. 2021.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MOREIRA, André Mendes. O Modelo de Federalismo Fiscal Brasileiro. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE ESTUDOS TRIBUTÁRIOS, 15., 5-8 dez. 2018, São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo: IBET, 2018. p. 21-54. Disponível em: <https://www.ibet.com.br/o-modelo-de-federalismo-fiscal-brasileiro-por-andre-mendes-moreira/>. Acesso em: 7 abr. 2022.

MOUTINHO, Donato Volkers; DALLARI, Sueli Gandolfi. Financiamento do direito à saúde e novo regime fiscal: a inconstitucionalidade do Artigo 110 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Revista de Direito Sanitário**, v. 19, n. 3, p. 68-90, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i3p68-90>. Acesso em: 7 abr. 2022.

OCKÉ-REIS, Carlos Otávio. **Avaliação do Gasto Tributário em Saúde: o caso das despesas médicas do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF)**. Rio de Janeiro: IPEA, nov. 2021. (Texto para discussão, 2712).

OCKÉ-REIS, Carlos Otávio. **Mensuração dos Gastos Tributários em Saúde 2003-2006**. Rio de Janeiro: IPEA, 2011. (Texto para discussão, 1637).

OLIVEIRA, Regis Fernandes de. **Curso de direito financeiro**. 6. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

OLIVEIRA, Regis Fernandes. **Curso de Direito Financeiro**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006.

ONU. Organização das Nações Unidas. Assembleia Geral. 21ª Sessão. **Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos**. Nova Iorque, 16 dez. 1966.

ONU. Organização das Nações Unidas. Assembleia Geral. 21ª Sessão. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Nova Iorque, 16 dez. 1966.

ONU. Organização das Nações Unidas. Assembleia Geral. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 10 dez. 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 10 mar. 2022.

PINTO, Élidea Graziane. **Financiamento do Direito à saúde e à educação – uma perspectiva constitucional**. Belo Horizonte: Fórum, 2015.

PINTO, Élidea Graziane. **Financiamento dos Direitos à saúde e a educação – uma perspectiva constitucional**. Belo Horizonte. Fórum, 2015.

PINTO, Élide Graziane; SARLET, Ivo Wolfgang. Regime Previsto na EC n. 86/2015 deve ser piso e não o teto de gasto em saúde. **Consultor Jurídico**. São Paulo, 24 de março de 2015. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2015-mar-24/gasto-saude-previsto-ec-862015-piso-nao-teto>. Acesso em: 27 maio 2022.

PINTO, Élide Graziane; XIMENES, Salomão Barros. Financiamento dos direitos sociais na Constituição de 1988: do “pacto assimétrico” ao “estado de sítio fiscal”. **Educação & Sociedade**, v. 39, n. 145, p. 980-1003, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ES0101-73302018209544>. Acesso em: 3 maio 2022.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e direito constitucional internacional**. 4. ed., ver. e atual. São Paulo: Max Limonad, 2000.

PORTUGAL. Parlamento. Constituição da República Portuguesa. **Diário da República**. N. 86, Série I. Lisboa. 10 abr. 1976. Disponível em: <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>. Acesso em: 12 nov. 2021.

PUREZA, Maria Emilia Miranda. Disciplinamento das renúncias de receitas federais – inconsistências no controle dos gastos tributários. *In*: CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Renúncia de Receitas Tributárias: o Enfoque Orçamentário das Inconsistências Conceituais**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 04 abr. 2007. p. 1-17. (Estudo Técnico 5/2007). Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2007/Estudo052007.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2008.

QUEIROZ, Ana Carolina Salomão. **Gastos tributários indiretos e o controle externo exercido pelo Tribunal de Contas da União: um estudo sobre a importância do controle de seus resultados**. 2019. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019, p. 54. Doi:10.11606/D.2.2019.tde-02072020-150507. Acesso em: 05 jun. 2022.

REIS, Haroldo da Costa; MACHADO JÚNIOR, José Teixeira. **A lei 4.320 comentada e a lei de responsabilidade fiscal**. 33. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

ROCHA, Diones Gomes da; MARCELINO, Gileno Fernandes; SANTANA, Cláudio Moreira. Orçamento público no Brasil: a utilização do crédito extraordinário como mecanismo de adequação da execução orçamentária brasileira. **Revista de Administração**, v. 48, n. 4, p. 813-827, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5700/rausp1123>. Acesso em: 25 abr. 2022.

SANTOS, Ricart César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Revista Diálogo Jurídico**, n. 10, p. 1-17, 2002.

SCAFF, Fernando Facury. A DRU, os direitos sociais e o pagamento dos juros da dívida. **Consultor Jurídico**. São Paulo, 14 jul. 2015. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2015-jul-14/contas-vista-dru-direitos-sociais-pagamento-juros-divida>. Acesso em: 22 abr. 2022.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>. Acesso em: 6 mar. 2022.

SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade e eficácia das normas constitucionais**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1985.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito constitucional positivo**. 9. ed., rev., 3.tir. São Paulo: Malheiros, 1993.

SPEDO, Sandra Maria; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1781-1790, ago. 2009.

SURREY, Stanley S.; McDANIEL, Paul R. **Tax Expenditures**. Cambridge: Harvard University Press, 1985.

TCU. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 1.270/2018**. Processo TC-029.350/2017-4. Relator: José Mucio Monteiro. Órgão julgador: Grupo I – Classe V – Plenário. Julgamento: 28 nov. 2018.

TCU. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 3.437/2012**. Processo 015.052/2009-7. Relator: Valmir Campelo. Órgão Julgador: Grupo II – Plenário. Julgamento: 10 dez. 2012.

TCU. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 809/2014**. Processo 012.606/2012-0. Relator: Benjamin Zymler. Órgão julgador: Grupo I – Classe V – Plenário. Julgamento: 02 abr. 2014.

TERRAZAS, Fernanda Vargas. Legislação para enfrentamento da Covid-19. Leis e Atos Administrativos. In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (org.). **Competências e regras**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. (Coleção Covid-19; v. 3). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-3-competencias-e-regras/> Acesso em: 30 maio 2022.

TOJAL, Sebastião Botto de Barros. A Constituição dirigente e o direito regulatório do Estado social: o direito sanitário. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Direito sanitário e saúde pública**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 22-38.

TORRES, Lilian Machado *et al.* Significado atribuído por trabalhadores da saúde de Belo Horizonte-MG ao princípio da resolutividade nas ações cotidianas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 5, p. 822-828, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000500016>. Acesso em: 7 abr. 2022.

TORRES, Ricardo Lobo. **Tratado de Direito Constitucional Financeiro e Tributário**. v. 3. Rio de Janeiro: Renovar, 1999.

UN. Unite Nations. **Constitution of the World Health Organization**. New York, 7 Apr. 1946. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2022. Acesso em: 3 dez. 2021.

VENTURA Miriam. Direitos Humanos e Saúde, possibilidades e desafios. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde e Direitos Humanos**, ano 7, n. 7, 2010. p. 887-100. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_direitos_humanos_ano7_n7.pdf. Acesso em: 16 mar. 2022.

VIEIRA, Fabiola Supino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e (org.). Os Impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. **Nota Técnica**, n. 28, set. 2016. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=28589. Acesso em: 23 abr. 2022.

VILARINS, Geisa Cristina Modesto; SHIMIZU, Helena Eri; URDANETA GUTIERREZ, Maria Margarita. A Regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, v. 36 n. 95, p. 640-647, out./dez. 2012.

VILLELA, Luís Arruda. **Gastos Tributários e Justiça Social**: o caso do IRPF no Brasil. 1981. Dissertação (Mestrado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1981.

WERNER, Patrícia Ulson Pizarro. A construção das políticas públicas de saúde: competências administrativas, solidariedade processual e desafios para o fortalecimento do SUS. **Revista de Direito Sanitário**, v. 16, n. 2, p. 147-159, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v16i2p147-159>. Acesso em: 7 abr. 2022.