O Estado Democrático de Direito e a implementação da Política Pública de Saúde[1]

Hemerson Luiz Pase[*]
Ana Paula Dupuy Patella[**]

1. Introdução

Conforme se depreende da leitura do artigo primeiro da Constituição Federal de 1988, o Brasil é uma república federativa, formada pelos Estados, Municípios e Distrito Federal, que constitui um Estado Democrático de Direito:

> A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: I – a soberania; II – a cidadania; III – a dignidade da pessoa humana; IV – os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V – o pluralismo político (BRASIL. Constituição, 1988).

Nos dizeres de BONAVIDES (1980), Estados Democráticos são aqueles nos quais *a vontade soberana do povo decide, direta ou indiretamente, todas as questões de*

---

[1] O presente artigo é resultado do trabalho desenvolvido pelos autores juntamente com os demais pesquisadores do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade Federal de Pelotas.

[*] Dr. em Ciência Política. Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciência Política e coordenador do Núcleo de Estudos em Políticas Públicas (NEPPU) da Universidade Federal de Pelotas.

[**] Bel. em Ciências Jurídicas e Sociais.

governo, de tal sorte que o povo seja sempre o titular e o objeto – a saber, o sujeito ativo e o sujeito passivo de todo o poder legítimo (BONAVIDES, 1980, p. 17).

E, segundo MARTINEZ (2010), por Estados de Direito entende-se aqueles em que o poder é adstrito à ordem constitucional, de forma que a própria atuação estatal é vinculada aos preceitos legais, não podendo o poder público desconsiderar os deveres impostos pela legislação e tampouco impor suas vontades quando desprovidas de embasamento.

A fusão desses dois conceitos, que configura o inicialmente referido Estado Democrático de Direito, foi positivada no parágrafo único do dispositivo legal supracitado, através da seguinte disposição: *Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição*, reafirmando a soberania das ordens democrática e jurídica (BRASIL. Constituição Federal, 1988).

Diante disso, entende-se claramente a opção do legislador constituinte por instituir uma república constitucional, sendo esta uma forma de governo na qual os cargos políticos em geral podem ser acessados por *todos os indivíduos que preencham tão-somente as condições de capacidade estabelecidas na própria constituição*, os quais são escolhidos através de eleições livres, mediante sufrágio universal (MENDES, 2009, p. 170).

Logo, no nosso Estado, o poder é exercido por representantes eleitos pelo povo com o dever de respeitar tanto ativa quanto passivamente aos preceitos vigentes sob a égide da ordem constitucional.

A Constituição Federal de 1988 assegura direitos individuais e as garantias fundamentais a todos os cidadãos e estrangeiros residentes, com a expressa referência, em seu artigo 1º, da dignidade da pessoa humana como fundamento da República (BRASIL, 1988). Logo, é direito de todos e de cada

um dos cidadãos brasileiros e dos estrangeiros residentes o reconhecimento, respeito, proteção e até mesmo promoção e desenvolvimento da dignidade, podendo inclusive falar-se de um direito a uma existência digna (COMPARATO, 1997), para a qual a Constituição Federal prevê, em seu artigo 5°, que:

> Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (BRASIL. Constituição Federal, 1988).

Ainda, o direito à saúde está individualmente previsto na Carta Fundamental como um dever do Estado, destinado a todos, que deve ser *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* (BRASIL. Constituição Federal, 1988).

Logo, quer em virtude de o direito à vida ser inerente à dignidade humana, quer em virtude desse direito estar previsto na Constituição Federal, é seguro afirmar que o Estado Brasileiro tem o dever de garantí-lo mediante a prestação universal e igualitária dos serviços de saúde, sobretudo porque, sem ele, de nada valeria a proclamação de todos os demais direitos (MENDES, 2009).

A partir da constatação do inequívoco dever do Estado brasileiro de prestar assistência integral à saúde de todos que dela necessitarem, considera-se, na perspectiva de HESS (2010), que existe, no Brasil, política pública destinada a garantir o acesso universal e igualitário às prestações de saúde. Segundo a autora, as políticas públicas são:

> prestações positivas da atividade estatal por meio do exercício das funções do Estado, seja pela construção normativa do Legislativo, pela ato de governo do Executivo e pela decisão do Judiciário para a consecução dos objetivos e fins sociais do Estão Democrático de Direito (HESS, 2010, p. 25).

Não se desconhece, por óbvio, a tripartição dos poderes e o dever constitucional diferenciado de cada um deles, competindo, de regra, a formulação das políticas pelo Poder Legislativo, a implementação delas pelo Poder Executivo e a apreciação, pelo Poder Judiciário, dos casos em que há desrespeito ou controversia acerca dos preceitos emanados pelo parlamento (DALLARI, 2010).

Acontece que tal desrespeito ou controvérsia acerca dos mandamentos legais pode ser praticada ou envolver a atuação do Poder Executivo, na implementação das políticas devidamente formuladas – hipóteses em que os pretensos destinatários ou demais interessados tem acionado o Poder Judiciário para que esse aufira a adequação e regule a aplicabilidade da política, no caso concreto.

Quanto a essa questão, há relevante discussão a respeito da legitimidade da interferência do Poder Judiciário. Por um lado, é verdade que a judicialização da política impõe ao Judiciário absoluta responsabilidade em decidir sobre políticas públicas, especialmente sobre questões de direitos garantidos constitucionalmente, o que acaba por interferir e reduzir a autonomia dos demais poderes. De qualquer sorte, por outro lado, afirma-se a supremacia da constituição e a definição de questões políticas na Constituição permitem e até impõem que o Judiciário interfira na seara política e garanta a implementação das garantias fundamentais, por tratar-se de uma questão constitucional (BARBOZA e KOZICKI, 2012).

Em consonância com esse segundo arrazoado, que legitima a atuação o ativismo judicial, adota-se, para o presente estudo, o entendimento de HESS (2010), de acordo com o qual:

> Como toda atividade política exercida pelo Legislativo e pelo Executivo deve compatibilizar-se com a Constituição, cabe ao Poder Judiciário analisar em qualquer situação, desde que comprovado, o que se convencionou chamar de 'atos de governo' ou 'questões políticas', sob o prisma do atendimento dos fins do Estado (HESS, 2010, p. 7).

Sob essa ótica, acredita-se que política pública é o *conjunto de normas (Poder Legislativo), atos (Poder Executivo) e decisões (Poder Judiciário), que visam à realização dos fins primordiais do Estado* e que, portanto, as ordens judiciais emanadas para forçar a implementação de políticas públicas previstas na legislação não se traduzem em intervenção do Poder Judiciário na atividade do Poder Executivo, pois, em determinados casos, revelam-se necessárias para a completude do ciclo da política (GRINOVER, 2008, pp. 11-12).

Nessa linha ainda, de acordo com CHIEFFI e BARATA (2009), especificamente no âmbito da política pública de saúde, *a judicialização tem se traduzido como a garantia de acesso a bens e serviços por intermédio da utilização de ações judiciais.* Ou seja, essa tem sido a forma encontrada pela população para ver atendida a pretensão de figurar como destinatário das políticas públicas (CHIEFFI e BARATA, 2009).

Ademais, a atividade estatal vem se desenvolvendo diante da corrente submissão do Poder Executivo a ordens de prestação positiva proferidas pelo Poder Judiciáliro. Logo, independetemente de, a rigor técnico, ser ou não legítima tal sobreposição dos poderes do Estado, é incontroverso que ela faz parte da realidade e merece, portanto, dessa forma ser considerada e estudada.

Por isso, não se pretende, neste estudo, definir e nem defender a possibilidade ou a legitimidade da influência do Poder Judiciário na implementação da política pública de saúde. O que se pretende é, a partir da atual situação em que se encontra o ciclo da política pública de saúde, auferir as causas da ineficiente atuação do Poder Executivo na implementação da política pública de saúde no Brasil e analisar as consequencias do seu deslocamento, para a esfera judicial.

2. A judicialização enquanto forma de implementação da política pública de saúde

Conforme já explanado na introdução do presente, há previsão constitucional impondo ao Estado brasileiro o dever de prestar assistência integral à saúde de todos que dela necessitarem. Logo, na perspectiva de HESS (2010), considera-se que existe, no Brasil, política pública destinada a garantir o acesso universal e igualitário às prestações de saúde. Segundo a autora, as políticas públicas são:

> prestações positivas da atividade estatal por meio do exercício das funções do Estado, seja pela construção normativa do Legislativo, pela ato de governo do Executivo e pela decisão do Judiciário para a consecução dos objetivos e fins sociais do Estão Democrático de Direito. (HESS, 2010)

Nessa linha ainda, de acordo com CHIEFFI e BARATA (2009), no âmbito da política pública de saúde, *a judicialização tem se traduzido como a garantia de acesso a bens e serviços por intermédio da utilização de ações judiciais.*

Acompanhando tal entendimento, não se descutirá, neste estudo, a possibilidade ou a legitimidade da influência do Poder Judiciário na implementação da política pública de saúde. Partir-se-á do pressuposto segundo o qual a judicialização nada mais é do que a forma pela qual o Estado tem implementado a política e investigar-se-á as suas causas e conseqüencias.

3. A política pública de saúde na legislação brasileira

Para investigar as causas da massiva atividade judiciária na implementação da política pública de saúde no Brasil, parece relevante explicitar a organização normativo-administrativa pela qual se orienta a execução da política, já que, considera-se, aqui, hipótese segundo a qual há algum fator impeditivo da sua implementação administrativa, pelo Poder Executivo, acabando por deslocar a sua efetivação para o Poder Judiciário.

Ainda, para realizar a análise da organização normativo-administrativa da política pública de saúde, assim como para analisar qualquer outra atividade do Estado brasileiro é necessário considerar o sistema de leis vigente, além de considerar esse sistema como um conjunto cujas partes se inter-relacionam mutua e constantemente.

É necessário considerar o sistema de leis vigente, porque o Brasil é uma república federativa, formada pelos Estados, Municípios e Distrito Federal, que constitui um Estado Democrático de Direito (BRASIL, 1988). E, por Estados de Direito entende-se aqueles em que o poder é limitado à ordem constitucional, de tal forma que se de um lado o cidadão não pode reivindicar direitos quando desprovidos de embasamento legal, de outro lado o Estado não pode impor suas vontades, ou atuar contra as normas existentes (MARTINEZ, 2010).

É necessário também considerar o sistema de leis vigente como um conjunto cujas partes se inter-relacionam mutua e constantemente, *as normas jurídicas nunca existem isoladamente, mas sempre em um contexto de normas com relações entre si*, de maneira que, essa pluralidade de normas constitui um sistema, conceituado, por sua vez, como *um conjunto de elementos* (partes) *que entram em relação, formando um todo unitário* (BOBBIO, 1999, p. 19).

Logicamente, para possibilitar a unidade de um ordenamento jurídico complexo, assim classificado pelo incontável número de normas que o compõem, como o brasileiro, imprescindível a adoção da teoria da construção escalonada do ordenamento jurídico, elaborada por Kelsen. O núcleo dessa teoria, nas palavras de BOBBIO, consiste em afirmar que:

> as normas de um ordenamento não estão todas no mesmo plano. Há normas superiores e normas inferiores. As inferiores dependem das superiores, subindo das normas

> inferiores àquelas que se encontram mais acima, chega-se a uma norma suprema, que não depende de nenhuma outra norma superior, e sobre a qual repousa a unidade do ordenamento. Essa norma suprema é a norma fundamental (BOBBIO, 1999, p. 49).

Dita teoria vai, além disso, ao defender a imprescindibilidade da existência de um escalonamento que terá como ponto de partida a chamada norma fundamental, sendo que esta dará substrato a todas as demais normas positivas e à interpretação dada a quaisquer delas, afirmando *a existência de normas individuais que nada mais são do que formas de execução das referidas normas gerais erigidas segundo a previsão da norma fundamental* (BOCCHI, 2010).

Ainda explicitando a importância dessa *norma fundamental*, KELSEN (1998) afirma que

> o fundamento de validade de uma ordem normativa é (...) uma norma fundamental da qual se retira a validade de todas as outras pertencentes a essa ordem. Uma norma singular é uma norma jurídica enquanto pertence a uma determinada ordem jurídica, e pertence a uma determinada ordem jurídica quando sua validade se funda na norma fundamental dessa ordem (KELSEN, 1998, p. 33).

Seguindo esse reciocínio, pode-se entender ser a Constituição a ordem jurídica fundamental, estabelecendo os princípios fundamentais do ordenamento jurídico e critérios para aplicação de todas as normas (HESSE, 2001).

Conjugando-se as teorias e conceitos supracitados com o *status* conferido à nossa Constituição Federal por Celso Ribeiro Bastos quando afirma que *a Constituição vem a ser um conjunto de normas de valor hierárquico máximo dentro da ordem jurídica*, pode-se seguramente afirmar que ela é a nossa *norma fundamental* e que, portanto, todas as demais normas devem ser editadas em consonância com a Carta Magna (BASTOS, 2004, p. 119).

Por isso, considerando-se que a Constituição Federal

prevê, em seu artigo 5° que:

> Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade

E, determina que o direito à saúde constitui dever do Estado destinado a todos, o qual deve ser *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*, é seguro afirmar que o Estado Brasileiro tem o dever de garantí-lo mediante a prestação universal e igualitária dos serviços de saúde (BRASIL. Constituição Federal, 1988).

Quer dizer, o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde está presente na legislação do Estado Brasileiro como política pública fundamental.

Para regulamentar a implementação dessa política, foi editada, em 1990, a Lei n. 8080, instituindo-se o Sistema Único de Saúde. Tal legislação, além de dispor acerca das *condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes*, reafirma, expressamente, em seu artigo 2º, que: "*A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício".* (BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990).

No entanto, a despeito da previsão constitucional de responsabilidade solidária entre os Entes Federados pelas prestações de saúde, essa regulamentação, objetivando esquematizar a implementação da política e otimizar o emprego dos recursos, instituiu competências específicas para os Entes de cada uma das esferas.

A supracitada lei número 8.080/90, denominada Lei Orgânica da Saúde, dispõe em seu artigo 7º:

> Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:
> I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
> II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
> III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
> IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
> V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
> VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
> VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
> VIII – participação da comunidade;
> IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
> a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
> b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
> X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
> XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
> XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
> XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990).

Ainda, de acordo com o artigo 8º da mesma Lei:

> As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de

> forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990).

Portanto, as ações de saúde que integram o Sistema Único de Saúde devem *obedecer à descentralização político-administrativa,* com *ênfase na descentralização dos serviços para os municípios* e na *regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde,* de acordo com os *níveis de complexidade* do serviço a ser prestado (BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990).

Nos artigos 16, 17 e 18, a Lei Orgânica da Saúde estabelece a repartição de competências entre os Entes Federados.

O artigo 16 dispõe acerca das competências específicas da União:

> 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;
> IV – participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
> V – participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
> VI – coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
> VII – estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII – estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
IX – promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
X – formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
XI – identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
XII – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
XIII – prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
XIV – elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
XV – promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
XVI – normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
XVII – acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
XVIII – elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
XIX – estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.
Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional (BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990).

No artigo 17, estão descritas as competências específicas dos Estados e Distrito Federal:

> 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;
> b) de vigilância sanitária;
> c) de alimentação e nutrição; e
> d) de saúde do trabalhador;
> V – participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
> VI – participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
> VII – participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
> VIII – em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
> IX – identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
> X – coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
> XI – estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
> XII – formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
> XIII – colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
> XIV – o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada (BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990).

Por fim, no artigo 18, estão especificadas as competências dos Municípios e Distrito Federal:

> 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;
> V – dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
> VI – colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
> VII – formar consórcios administrativos intermunicipais;
> VIII – gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
> IX – colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
> X – observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
> XI – controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
> XII – normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação (BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990).

Como se pode ver, no que concerne à efetiva prestação dos serviços de saúde, temos a seguinte distribuição de competências:

QUADRO I – Repartição das Competências Executivas do SUS entre os Entes Federados:

	União	Estados	Municípios
Executar	a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras (art. 16, VII)		os serviços públicos de saúde, os serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico, de saúde do trabalhador e, no âmbito municipal, a política de insumos e equipamentos para a saúde (art. 18, I, IV, a, b, c, d, e, V)
Participar na implementação	das políticas de controle das agressões ao meio ambiente, de saneamento básico e relativas às condições e aos ambientes de trabalho (art. 16, II, a, b e c)		
Participar na Execução	das ações de vigilância epidemiológica e da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde (art. 16, VI e X)		das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho (art. 18, III)
Executar em caráter suplementar		a política de insumos e equipamentos para a saúde (art. 17, VIII)	
Apoiar ou colaborar com	as políticas de alimentação e nutrição (art. 16, I).	a execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras (art. 17, XIII)	a execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras (art. 18, IX)

Subsume-se, assim, claramente, a prevalência de competência Municipal, a quem incumbe gerir e executar todos os serviços públicos de saúde, os serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico, de saúde do trabalhador e, no âmbito

municipal, a política de insumos e equipamentos para a saúde. A par dessas atribuições executivas, compete apenas à União a execução da política de vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras. No mais, tanto a União quanto os Estados e o Distrito Federal apenas participam, colaboram a suplementam e o apoiam outros serviços (BRASIL, 1990).

Além disso, a Portaria do Ministério da Saúde número 2.023 do ano de 2004 definiu que os Municípios e o Distrito Federal são *responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica* (BRASIL. Portaria do Ministério da Saúde nº 2.023, de 23 de setembro de 2004). Ainda, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde número 399 do ano de 2006, que divulgou *o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto* esclarece que compõe a atenção básica, além do atendimento básico de saúde, a atenção à saúde da família a contratação de agentes comunitários de saúde e a prestação dos serviços de saúde bucal (BRASIL. Portaria do Ministério da Saúde nº 399, de 22 de fevereiro de 2006). Essa mesma Portaria define os procedimentos de alta complexidade, a serem custeados pela União, sendo eles, além daqueles regulados pela CNRAC – Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade, os transplantes e as ações estratégicas emergenciais, de caráter temporário, implementadas com prazo pré-definido (BRASIL, 2006). Por fim, em relação à assistência farmacêutica, a Portaria 399/96, a subdivide de acordo com três componentes: medicamentos da assistência básica, insumos de atuação estratégica e fármacos de dispensação excepcional (BRASIL, 2006).

A portaria do Ministério da Saúde número 204 de 2007 reparte o custeio do sistema de saúde em seis blocos: a atenção básica, a atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, a vigilância em saúde, a assistência farmacêutica, a

gestão do SUS e os investimentos na rede de serviços de saúde e inclui, na atenção básica em saúde, além do atendimento básico de saúde, a atenção à saúde da família, a contratação de agentes comunitários de saúde e a prestação dos serviços de saúde bucal, a atenção básica aos povos indígenas, a atenção à saúde no sistema penitenciário e a atenção integral à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, assistência pré-natal e procedimentos de coleta de material para exames citopatológicos e coleta de sangue para triagem neonatal. Quanto à assistência farmacêutica, a referida portaria, em seu artigo 26, esclarece que o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações para o controle de endemias (exemplos: a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de chagas), dos anti-retrovirais do programa DST/Aids, de sangue e hemoderivados e de imunobiológicos (BRASIL, 2007).

Finalmente, em 2013, a Portaria número 1.555, do Ministério da Saúde, dispondo sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece o aporte de (I) R$ 5,10 reais por habitante/ano pela União, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos da assistência farmacêutica básica; (II) R$ 2,36 reais por habitante/ano pelos Estados, para financiar as prestações da assistência farmacêutica básica, já incluindo os insumos para os usuários insulinodependentes; e (III) 2,36 reais por habitante/ano pelos Municípios. De qualquer sorte, não há alteração no dever de execução das políticas – que, uma vez competindo aos municípios, acabam estes por ter que arcar com o custeio excedente aos R$ 9,82 por habitante/ano (BRASIL, 2013).

Como se vê, portanto, a estruturação administrativa do SUS impõe aos Municípios (e Distrito Federal) a gestão e

execução da "Atenção Básica", onde estão inclusos todos os atendimentos de clínica geral, especialidades e emergências, os procedimentos ambulatoriais de baixa e média complexidade, a disponibilização de todos os medicamentos da assistência farmacêutica básica, a contratação de agentes comunitários de saúde, a prestação dos serviços de saúde bucal, a atenção à saúde no sistema penitenciário e a atenção integral à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória.

À União compete a disponibilização dos procedimentos de alta complexidade, sendo eles, aqueles regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC), os transplantes e as ações estratégicas emergenciais, de caráter temporário, implementadas com prazo pré-definido – além dos respectivos fármacos.

E aos Estados, em competência residual, é imposto o dever de custear os procedimentos hospitalares de alta complexidade, os medicamentos de dispensação estratégica para controle de endemias: a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose e a doença de chagas, por exemplo, e os fármacos de dispensação especial, como as insulinas, por exemplo.

Diante dessa repartição de competências, recai sobre os Municípios (e Distrito Federal) o dever de disponibilizar parcela massiva dos serviços de saúde.

A par disso, em virtude da norma Constitucional, a participação dos Municípios na repartição da receita tributária nacional vem reduzindo-se consideravelmente, motivo pelo qual tais Entes tem cada vez menos condições de arcar com os custos de disponibilizar a grande gama de produtos e serviços que lhe compete.

4. O pacto federativo e o sistema tributário nacional

A principal fonte de arrecadação de divisas do Estado é o recolhimento de tributos.

Conforme descrito no artigo 3º do Código Tributário Nacional,

> Tributo é toda prestação pecuniária compulsória, em moeda ou cujo valor nela se possa exprimir, que não constitua sanção de ato ilícito, instituída em lei e cobrada mediante atividade administrativa plenamente vinculada (BRASIL. Código Tributário Nacional, 1966).

Diz-se isso para esclarecer que nem todo tributo é imposto. Os tributos podem ser (BRASIL, 1966 e 1988):

QUADRO II – Espécies de Tributos

Tributos não vinculados	Impostos
Tributos vinculados	Taxas
	Contribuições de Melhoria
Tributos Mistos	Contribuições Especiais
Tributos Especiais	Empréstimos Compulsórios

Conforme descrito no artigo 16 do Código Tributário Nacional, *Imposto é o tributo cuja obrigação tem por fato gerador uma situação independente de qualquer atividade estatal específica, relativa ao contribuinte* (BRASIL. Código Tributário Nacional, 1966). Quer dizer, o imposto é uma prestação pecuniária compulsória, paga em virtude de uma situação fática específica do contribuinte, como, por exemplo, o Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores, o Imposto sobre a Renda, o Imposto sobre Serviços, dentre outros, que devem ser pagos pelo simples fato de o contribuinte possuir um veículo, auferir renda ou prestar serviços, respectivamente. O imposto é um tributo não vinculado porque os valores arrecadados em virtude da incidência dos contribuintes nas situações fáticas previstas na lei como geradoras do dever de pagá-los pode ser utilizado de acordo com as necessidades da Administração, não se impondo a sua utilização no respectivo setor. Ou seja, os valores arrecadados a título de IPVA (Imposto sobre a Propriedade de Veículos

Automotores) não precisam ser necessariamente investidos na pavimentação de ruas ou estradas.

Por outro lado, de acordo com o artigo 77 do mesmo diploma:

> As taxas cobradas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios, no âmbito de suas respectivas atribuições, têm como fato gerador o exercício regular do poder de polícia, ou a utilização, efetiva ou potencial, de serviço público específico e divisível, prestado ao contribuinte ou posto à sua disposição (BRASIL. Código Tributário Nacional, 1966).

Assim, as taxas são tributos cobrados como contrapartida a um serviço prestado ou disponibilizado. Como exemplo, pode-se citar a taxa de coleta de lixo ou a taxa anual de licenciamento dos veículos cobradas, respectivamente, pelo Poder Público Municipal, em vista da disponibilização do serviço de coleta de lixo e pelo Departamento Estadual de Transito, em face da prestação do serviço relativo ao licenciamento veicular. Pode-se ver que, ao contrário dos impostos, as taxas são tributos vinculados porque a arrecadação delas decorrente deve ser investida diretamente na manutenção dos serviços que as originam.

Ainda, segundo definido no artigo 81 do Código Tributário Nacional:

> A contribuição de melhoria cobrada pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios, no âmbito de suas respectivas atribuições, é instituída para fazer face ao custo de obras públicas de que decorra valorização imobiliária, tendo como limite total a despesa realizada e como limite individual o acréscimo de valor que da obra resultar para cada imóvel beneficiado (BRASIL. Código Tributário Nacional, 1966).

Em outras palavras, a contribuição de melhoria é a prestação cobrada dos proprietários de imóveis que tenham se valorizado em razão de obra realizada pela Administração; tratando-se, dessa forma, claramente de um tributo vinculado,

já que os valores arrecadados apenas repõem os gastos tidos com a obra pública.

As contribuições especiais ou parafiscais são tributos incluídos no Sistema Tributário Nacional pela Constituição Federal de 1988, de competência exclusiva da União, que podem ser instituídos para subsidiar a sua atuação em determinados setores. A teor do artigo 149 da norma fundamental:

> Compete exclusivamente à União instituir contribuições sociais, de intervenção no domínio econômico e de interesse das categorias profissionais ou econômicas, como instrumento de sua atuação nas respectivas áreas (BRASIL. Constituição Federal, 1988).

Como visto, podem elas ser contribuições sociais (exemplos: o PIS/PASEP e COFINS), contribuições de intervenção no domínio econômico (contribuição para controle de produção de açúcar, por exemplo) ou contribuições de interesse das categorias profissionais ou econômicas (cita-se a contribuição sindical). Essas, como o próprio nome já diz, assim como os tributos vinculados, devem ter a destinação específica para o fim que motivou a sua criação.

Por fim, os empréstimos compulsórios, também inseridos no ordenamento pela Constituição Federal de 1988 e também de competência exclusiva da União, podem ser instituídos

> para atender a despesas extraordinárias, decorrentes de calamidade pública, de guerra externa ou sua iminência ou no caso de investimento público de caráter urgente e de relevante interesse nacional (BRASIL. Constituição Federal, 1988).

Conforme disposto no parágrafo único do artigo 148 desse diploma: "*A aplicação dos recursos provenientes de empréstimo compulsório será vinculada à despesa que fundamentou sua instituição".* (BRASIL. Constituição Federal, 1988).

Esclarecidas as definições e as finalidades de cada um dos tipos de tributos, subsume-se facilmente que apenas os

impostos – enquanto tributos não vinculados cujos valores arrecadados podem ser utilizados de acordo com as necessidades da Administração, não havendo destinação pré-definida – constituem elemento de composição de verba disponível para a implementação de políticas públicas, sobretudo, para os Estados e Municípios. A União, de certa forma, pode contar com as contribuições sociais – as quais, conquanto de utilização vinculada, destinam-se ao custeio da seguridade: educação, saúde, previdência.

Além de os impostos constituírem única fonte de renda disponível da Administração, apenas alguns deles são de arrecadação direta pelos Municípios e Estados. Ao contrário, de acordo com a previsão constitucional, esses tributos não vinculados são majoritariamente arrecadados pelo Ente Federal (BRASIL, 1988).

Cabe à união, além da exclusividade na instituição de novos impostos, a arrecadação de (BRASIL, 1988):

1. Imposto de Produtos Estrangeiros;
2. Imposto de Exportação;
3. Imposto sobre Renda e Proventos de Qualquer Natureza;
4. Imposto sobre Produtos Industrializados;
5. Imposto sobre Operações de Crédito, Câmbio e Seguro, ou Relativas a Títulos e Valores Mobiliários;
6. Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural;
7. Imposto sobre Grandes Fortunas.

Aos Estados compete a arrecadação de (BRASIL, 1988):

1. Imposto de Transmissão *Causa Mortis* e Doação;
2. Imposto sobre Operações Relativas à circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação; e
3. Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores.

Finalmente, compete aos Municípios a arrecadação de (BRASIL, 1988):

1. Imposto sobre a Propriedade Territorial Urbana;
2. Imposto de Transmissão Inter Vivos; e
3. Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza.

Em virtude dessa repartição de competências na arrecadação, o volume de tributos arrecadado se concentra na União Federal, comparativamente com Estados e Municípios. Tomando por base os dados referentes ao exercício de 2013, disponibilizados pela Receita Federal, vê-se que a União concentrou aproximadamente 70% da receita tributária bruta, ficando com os Estados cerca de 25% e com os Municípios quantia próxima a 5% (BRASIL, 2015). Acompanhe-se, em números:

QUADRO III – Repartição de Receitas Tributárias de 2013 entre os Entes Federados:

Entidade Federativa	Valor nominal (R$ milhões)	Porcentagem (%)
União	1.200,337,25	68,92
Estados	440.400,79	25,29
Municípios	100.920,27	5,79
Total	1.741.658,31	100,00

FONTE DOS DADOS: Estudos Tributários: Carga Tributária no Brasil – 2013 (Análise por Tributo e Bases de Incidência) realizado pela Receita Federal do Brasil (BRASIL, 2015).

Nesse contexto, tem-se a seguinte distribuição da arrecadação tributária:

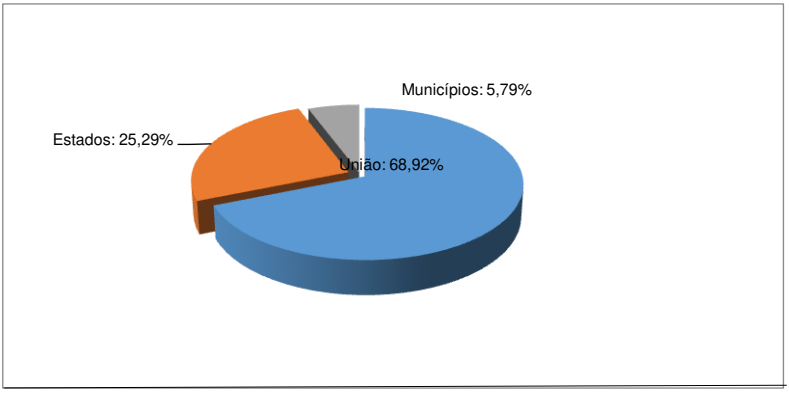

GRÁFICO I – Proporção da Receita Tributária dos Entes Federados em 2013:

Tal concentração na arrecadação é propositalmente formulada pela estruturação do pacto federativo e tem como objetivo a posterior redistribuição igualitária dos fundos para compensar e reduzir as desigualdades econômicas e sociais existentes entre as regiões do País. Quer dizer, a Constituição Federal prevê a arrecadação tributária concentrada para que os recursos sejam distribuídos de forma proporcional – distribuição que se dá, além do retorno de ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços) e dos repasses específicos do Sistema Único de Saúde, eminentemente, pelos fundos de participação dos Municípios e dos Estados (BRASIL, 1988).

Os fundos de participação foram instituídos pelo Código Tributário Nacional, em 1966, para destinar, aos Estados e Municípios, parte da receita referente ao Imposto sobre a Renda e Proventos de Qualquer Natureza e ao Imposto Sobre Produtos Industrializados (BRASIL, 1966). Inicialmente,

cada um dos fundos era formado por 10% do produto da arrecadação do IR e do IPI (BRASIL, 1966). Atualmente, são compostos de montante equivalente a 24,5% (FPM) e 21,5 % (FPE) da arrecadação da União com o Imposto de Renda e com o Imposto sobre Produtos Industrializados (BRASIL, 1988).

Veja-se a evolução dos percentuais dos fundos de participação:

QUADRO IV – Evolução Legislativa e Percentual dos Fundos de Participação

Dispositivo Legal	FPE (%)	FPM (%)	Vigência
Código Tributário Nacional (1966)	10,0	10,0	1967/1968
Ato Complementar 40/1968	5,0	5,0	1969/1975
Emenda Constitucional 5/1975	6,0	6,0	1976
	7,0	7,0	1977
	8,0	8,0	1978
	9,0	9,0	1979/1980
Emenda Constitucional 17/1980	10,0	10,0	1981
	10,5	10,5	1982/1983
Emenda Constitucional 23/1983	12,5	13,5	1984
	14,0	16,0	1985
Emenda Constitucional 27/1985	14,0	17,0	1985/1988
Constituição Federal de 1988	18,0	20,0	A partir de out/1988
	19,0	20,5	1989
	19,5	21,0	1990
	20,0	21,5	1991
	20,5	22,0	1992
	21,5	22,5	A partir de 1993
Emenda Constitucional 55/2007	—	+ 1,0	A partir de set/2007
Emenda Constitucional 84/2014	—	+ 0,5	A partir de 2015
	—	+ 0,5	A partir de 2016

FONTE DOS DADOS: BRASIL, 1966, 1968, 1975, 1980, 1983, 1985, 1988, 2007 e 2014.

Note-se que as emendas constitucionais 55/2007 e 84/2014 implementaram adicionais de 1% cada uma delas apenas para o Fundo de Participação dos Municípios. Ainda, diferentemente do repasse dos outros 22,5% e da totalidade do Fundo de Participação dos Estados (que ocorrem regularmente nos dias 10, 20 e 30 de cada mês), a quantia implementada pela Emenda Constituicional 55/2007 é repassada no primeiro decêndio do mês de dezembro de cada ano e a quantia implementada pela Emenda Constituicional 84/2014 é repassada no primeiro decêndio do mês de julho de cada ano (BRASIL, 2007 e 2014).

De qualquer sorte, em resumo, têm-se atualmente a destinação de 21,5% da arrecadação tributária relativa aos Impostos sobre a Renda e sobre os Produtos Industrializados destinados para a composição do Fundo de Participação dos Estados e 24,5% destinados para incorporação do Fundo de Participação dos Municípios (BRASIL, 1988).

O Fundo de Participação dos Estados é rateado de acordo com os critérios da Lei Complementar número 62 de 1989. A teor do artigo 2° do diploma:

> Art. 2° Os recursos do Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal – FPE serão distribuídos da seguinte forma:
>
> I – 85% (oitenta e cinco por cento) às Unidades da Federação integrantes das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste;
> II – 15% (quinze por cento) às Unidades da Federação integrantes das regiões Sul e Sudeste.
> § 1° Os coeficientes individuais de participação dos Estados e do Distrito Federal no Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal – FPE a serem aplicados até o exercício de 1991, inclusive, são os constantes do Anexo Único, que é parte integrante desta Lei Complementar.
> § 2° Os critérios de rateio do Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal, a vigorarem a partir de 1992, serão fixados em lei específica, com base na apuração do censo de 1990.
> § 3° Até que sejam definidos os critérios a que se refere o parágrafo anterior, continuarão em vigor os coeficientes

> estabelecidos nesta Lei Complementar (BRASIL. Lei Complementar nº 62, de 28 de dezembro de 1989).

O anexo referido no parágrafo 1° desse artigo determina a proporção distributivas do Fundo de Participação dos Estados. Acompanhe-se:

QUADRO V – Porcentagem de Participação dos Estados no rateio do FPE

Unidade Federativa	Participação%	Unidade Federativa	Participação%
Acre	3,4210	Paraíba	4,7889
Alagoas	4,1601	Paraná	2,8832
Amapá	3,4120	Pernambuco	6,9002
Amazonas	2,7904	Piauí	4,3214
Bahia	9,3962	Rio de Janeiro	1,5277
Ceará	7,3369	Rio Grande do Norte	4,1779
Distrito Federal	0,6902	Rio Grande do Sul	2,3548
Espirito Santo	1,5000	Rondônia	2,8156
Goiás	2,8431	Roraima	2,4807
Maranhão	7,2182	Santa Catarina	1,2798
Mato Grosso	2,3079	São Paulo	1,0000
Mato Grosso do Sul	1,3320	Sergipe	4,1553
Minas Gerais	4,4545	Tocantins	4,3400
Pará	6,1120	TOTAL	100,0000

FONTE DOS DADOS: Anexo Único da Lei Complementar 62/1989

Ou seja, sobre o montante acumulado no Fundo de Participação dos Estados em cada período são aplicados os coeficientes supratranscritos para determinar o valor a ser repassado a cada uma das Unidades Federativas.

Em relação ao Fundo de Participação dos Municípios, tem-se inicialmente a divisão das unidades em três critérios: as capitais – que recebem 10% dos valores do fundo; os

municípios do interior – a que se destina 86,4% dos recursos; e os municípios de reserva – aos quais se destinam 3,6% da quantia (BRASIL, 1966). A cada uma dessas categorias aplicam-se critérios de população e renda per capta, recalculados ano a ano, de complexidade bastante relevante e que, portanto, não cabe aqui detalhar.

De qualquer sorte, para que se possa entender a relevância dessas verbas nos orçamentos municipais, vale realizar uma exposição orçamentária – para o que se adotam dois municípios vizinhos, mas de população e expressividade econômica bastante díspares.

No exercício de 2013, tomado por base na indicação feita acerca das porcentagens arrecadadas diretamente pelas diferentes entidades federativas, por exemplo, o Município de Rio Grande teve uma arrecadação bruta de 471.882 milhões de reais, sendo que desse total, apenas 29,37% correspondem a receita própria, 59,5% correspondem a repasses intergovernamentais e 11,13% advém de outras receitas (Portal Siconfi/STN, 2014). É sabido que tal Município possui atividade econômica expressiva, disponibiliza um número importante de vagas na rede escolar e é referência regional em saúde, tendo, consequentemente, os valores de retorno do ICMS e de repasse do FUNDEB e do SUS importantes; assim, dos 59,5% correspondentes a repasses intergovernamentais, 17,77% referem-se à cota do FPM, 33,92% referem-se à cota do ICMS, 23,1% referem-se ao FUNDEB, 7,14% ao repasse do Sistema Único de Saúde e 18,8% referem-se a outras transferências (Portal Siconfi/STN, 2014). De qualquer sorte, considerando a importância da atividade econômica e o nível de desenvolvimento do Município também espera-se que a sua arrecadação própria seja mais expressiva. Ainda assim, como dito acima, apenas 29,37% da arrecadação municipal correspondem a receita própria.

Não por outro motivo, ainda que adotemos um

município de menor potencial econômico, é flagrande a dependência orçamentária aos repasses da União. Exemplificativamente, adotando-se os dados do Município de São José do Norte, vizinho ao Município de Rio Grande, vê-se que, no mesmo exercício de 2013, de uma receita total de 42.271 milhões de reais, apenas 8,38% correspondem a receita própria, 84,68% correspondem a repasses intergovernamentais e 6,94% advém de outras receitas, sendo que, da totalidade dos repasses intergovernamentais 34,71% referem-se à cota do FPM, 19,87% referem-se à cota do ICMS, 21,53% referem-se ao FUNDEB, 17,15% ao repasse do Sistema Único de Saúde e 6,74% referem-se a outras transferências (Portal Siconfi/STN, 2014).

Acompanhe-se:

QUADRO VI – Demonstrativo da Fonte de Receita dos Municípios de Rio Grande e São José do Norte no ano de 2013

	Rio Grande	São José do Norte
Arrecadação Tributária Própria	29,37%	8,38%
Repasses	59,5%	84,68%
Outras Receitas	11,13%	6,94%

FONTE DOS DADOS: Portal Siconfi da Secretaria do Terouro Nacional (BRASIL, 2014)

De fato, o que se vê é que, independentemente da importância da atividade econômica e do nível de desenvolvimento do Município, é inequívoca a dependência orçamentária aos repasses da União. E assim não deve deixar de ser, pois, como referido inicialmente, a concentração na arrecadação é parte da estruturação do pacto federativo e tem como objetivo a posterior redistribuição igualitária dos fundos para compensar e reduzir as desigualdades econômicas e sociais existentes entre as regiões do País.

O que ocorre é que, conforme já visto, os Fundos de Participação são compostos unicamente pelas receitas de dois dos impostos de competência da União – o IR e o IPI – e a instituição de novas fontes de receita tem-se dado através da criação de tributos de natureza diversa.

Por isso, as receitas o repasse constitucional tem aumentado em uma proporção menor do que o aumento da arrecadação total da União. Em 1998, a receita total do Governo Federal foi de 18% do PIB e o repasse aos fundos de participação foi de 2,5% do PIB. Quinze anos depois, em 2013, a receita do mesmo Ente alcançou 24,6% do PIB enquanto que o repasse aos fundos se limitou a 3,0% do PIB (BRASIL, 2013). Vejamos:

QUADRO VII – Crescimento da Receita da União e do Montante Repassado aos Fundos entre os anos de 1998 e 2013

	Ano de 1998	Ano de 2013	Crescimento
Receita da União	18% do PIB	24,6% do PIB	36,37%
Repasse aos Fundos	2,5% do PIB	3,0% do PIB	20%

FONTE DOS DADOS: Planilha do Resultado Fiscal do Governo Central elaborada pela Secretaria do Tesouro Nacional (BRASIL, 2013).

Nesse período, a arrecadação Federal cresceu 36,37%, enquanto a quantia destinada aos fundos foi acrescida de 20%, a despeito da vigência da Emenda Constitucional 55/07, que acresceu 1% ao Fundo de Participação dos Municípios.

Isso porque, conforme referido acima, há o crescimento do recolhimento de contribuições imensamente superior ao implemento da receita de impostos. Em 1998, a arrecadação com impostos somava 7,4% do PIB e o recolhimento de contribuições alcançava 4,6% do PIB. Já em 2013, os impostos alcançam 8,5% do PIB e as contribuições, 7,2% do PIB

(BRASIL, 2013). Dessa forma:

QUADRO VIII – Evolução da Arrecadação Tributária da União com Impostos e com Contribuições entre os anos de 1998 e 2013

Receita da União	Ano de 1998	Ano de 2013	Crescimento
Com Impostos	7,4% do PIB	8,5% do PIB	14,86%
Com Contribuições	4,6% do PIB	7,2% do PIB	56,52%

FONTE DOS DADOS: Planilha do Resultado Fiscal do Governo Central elaborada pela Secretaria do Tesouro Nacional (BRASIL, 2013).

Quer dizer, enquanto que a arrecadação com impostos, que reflete nos repasses dos fundos de participação, cresceu 14,86% a receita advinda das contribuições cresceu 56,52%:

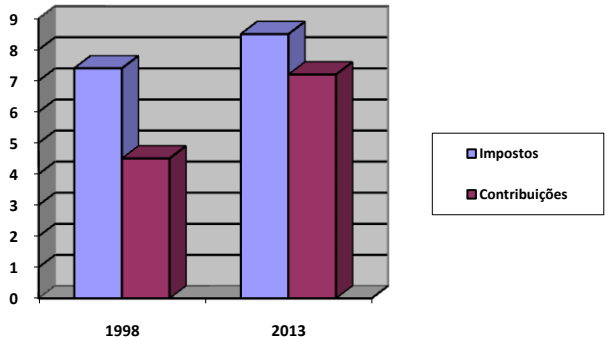

FIGURA 10 – GRÁFICO II – Relação entre a Arrecadação de Impostos e de Contribuições em 1998 e em 2013

Como visto, há um crescimento desigual na arrecadação dos Entes. Nas últimas décadas vem diminuindo a capacidade financeira dos Municípios e, consequentemente, aumentando a sua dependência dos repasses da União. Segundo TEIXEIRA (2009):

> Em relação ao total da arrecadação, a participação dos estados e municípios reduziu-se, em pouco mais de dez anos, cerca de quatro pontos percentuais do PIB. Pode até parecer pouco,

> mas se deve levar em conta que, no mesmo período, a carga tributária cresceu em mais de dez pontos percentuais do PIB, o que nos leva a considerar fantástico, no mínimo, o avanço da União na repartição das receitas tributárias (TEIXEIRA, 2009, p. 6-7).

Ou seja, de acordo com o autor (TEIXEIRA, 2009):



FIGURA 11 – GRÁFICO IIII – Aumento da Carga Tributária no Brasil e Proporcional Diminuição da Participação Municipal na Repartição de Receitas

Assim, se por um lado temos a previsão da assistência integral, igualitária e universal na política pública de saúde do Brasil e a consequente ampliação constante das prestações disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde cuja responsabilidade em sua maioria recai sobre os Municípios, por outro lado temos o crescimento da participação desses Entes na repartição das receitas nacionais, proporcionalmente inferior ao crescimento da carga tributária do Brasil.

Diante dessa disparidade, é possível entender a incapacidade financeira dos Municípios de prestar a atenção básica, que abrange a grande maioria dos problemas da população. Segundo DRESCH (2015):

> A saúde está subfinanciada, é fato. Os Municípios são os principais sacrificados, tanto que, em média, despendem 22% da sua receita líquida com ações e serviços de saúde. Os Estados-membros dificilmente ultrapassam o patamar de 12%. A União, por seu turno, despende de 7% a 7,5% da sua receita líquida em

> saúde, tendo incluído no orçamento de 2013 o total de 85,70 bilhões, para 2014, 98,03 bilhões, e na proposta de 2015 aproximadamente 109,2 bilhões, para uma proposta orçamentária de 1,235 trilhões[2]. As despesas dos Municípios aumentaram, enquanto o percentual da União no financiamento da saúde tem-se reduzido (DRESCH, 2015, p. 39).

Por outro lado, existindo a política pública universal e igualitária e diante da garantia constitucional de acesso à saúde e à vida, não se pode deixar de alcançar as prestações de saúde aos que delas necessitem (BRASIL, 1988). Por isso, diante da negativa administrativa, é natural a busca pelo atendimento na via judicial, deslocando a implementação dessa política para o Poder Judiciário e, comprometendo, de consequência, o orçamento dos próprios Municípios, dos Estados (cuja competência administrativa é eminentemente residual) e da União (cuja competência administrativa abrange apenas a alta complexidade).

5. Consequências do deslocamento da implementação da política pública de saúde para a esfera judicialização

Como visto, é possível inferir que diante da incapacidade financeira dos Municípios de prestar a atenção básica, na qual se inclui número expressivo das prestações de que a população necessita, cresce a judicialização da política pública de saúde, comprometendo, de consequência, o orçamento de todos os Entes.

Tal comprometimento orçamentário se dá por duas razões. A primeira delas diz com o entendimento construído pelo Poder Judiciário acerca do direito constitucionalmente garantido e a estruturação administrativa do Sistema Único de Saúde. Conforme explicitado no capítulo específico, de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal, *a saúde é direito de*

[2] *http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/ADMINISTRACAO-PUBLICA/473527-ORCAMENTODE-2015 (acessado em 06.09.2014).*

todos e dever do Estado (BRASIL. Constituição Federal, 1988). Por isso, a despeito da repartição de competências descrita na Lei Orgânica da Saúde e nas portarias do Ministério da Saúde, no julgamento das ações judiciais de saúde, aplica-se entendimento segundo o qual todos os Entes são responsáveis por todas e quaisquer prestações pleiteadas. Isso porque, nas palavras do Ministro Celso de Mello:

> O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro não pode converter-se em promessa constitucional inconsequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado (BRASIL. Supremo Tribunal Federal, RE-AGR nº 393175, 2006, p. 1-2).

A segunda razão pela qual o deslocamento da implementação da política de saúde tem a ver com a forma de execução das decisões. Nas demandas judiciais, conquanto haja ordem para que o Ente preste ao cidadão diretamente o serviço pleiteado; por não possuir o fármaco nas farmácias públicas ou por não haver disponibilidade de realização o atendimento em vista das filas de espera, a ordem não é cumprida – impondo ao Poder Judiciário que adote a medida coercitiva cabível: bloqueio de valores nas contas públicas. E, uma vez efetuado o bloqueio, o valor é entregue diretamente à parte – que satisfaz a sua necessidade por meios privados e presta contas ao Juízo.

Por óbvio, sendo o fármaco adquirido ou a prestação de saúde contratada diretamente pelo cidadão, não há (e não tem como haver) atenção aos princípios da administração pública – dentre os quais ressalta-se o princípio da economicidade –, causando prejuízos às contas estatais e, consequentemente, dimindo os recursos disponíveis para a execução da política pública de saúde.

Exatamente por isso, segundo consignaram CHIEFFI e BARATTA (2009),

> No ano 2006, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) gastou, com o cumprimento das decisões judiciais da comarca da capital, 65 milhões de Reais, para atender cerca de 3.600 pessoas. Em comparação, no mesmo ano, ela investiu 838 milhões de Reais no Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional (alto custo), atendendo 380 mil pessoas. Foram gastos aproximadamente 18 mil Reais por paciente com ações judiciais naquele ano, enquanto o Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional consumiu 2,2 mil reais por paciente (CHIEFFI e BARATTA, 2009).

Identifica-se, assim, um circulo vicioso, porquanto o aumento do número de ações judiciais objetivando a garantia do direito à saúde e à vida, impõe o deslocamento cada vez maior de receita para o atendimento de situações individuais, reduzindo a cobertura da prestação de saúde do Estado e levando mais cidadãos a ingressar em juízo para ter acesso às prestações.

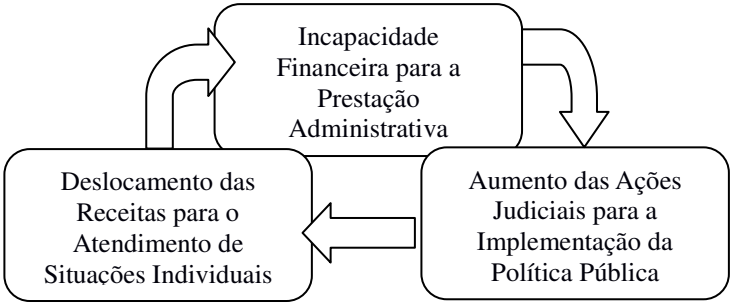

GRÁFICO 4 – O Círculo Vicioso da Implementação da Política Pública de Saúde pelo Poder Judiciário

Nessa linha, conclui-se que o crescimento exponencial das demandas judiciais e a impossibilidade de previsão orçamentária dos gastos oriundos dessas ações impede que os

gestores do sistema de saúde, nos âmbitos municipal, estadual e federal, possam resolver os impasses criados pelo desequilíbrio do sistema de saúde frente as repartições tributárias e o confronto destas com princípios básicos do SUS, como o da eqüidade na dimensão coletiva (CHIEFFI e BARATA, 2009).

6. Conclusão

O que nos propúnhamos, no presente artigo, era analisar as causas e as consequências do deslocamento da implementação da política pública de saúde para a esfera judicial, sob a ótica do pacto federativo e do sistema tributário nacional.

Para tanto, inicialmente, fixamos algumas premissas com a qual trabalhamos: (I) a judicialização enquanto forma de implementação da política, na perspectiva de HESS e (II) a interpretação de que a previsão constitucional consubstancia a inclusão da política de saúde como política pública fundamental da Federação Brasileira.

Depois disso, explicitou-se que a competência para a prestação e disponibilização de considerável maioria dos produtos e serviços de saúde recai sobre os Municípios e que, a par disso, esses Entes vêm sofrendo uma redução considerável na repartição da arrecadação tributária.

A partir daí, concluiu-se que diante da incapacidade financeira dos Municípios de prestar a atenção básica, que abrange a grande maioria dos problemas da população, cresce a judicialização dessa política pública, comprometendo, de consequência, o orçamento dos Estados e da União.

Ou seja, estima-se que a causa do deslocamento da implementação da política pública de saúde para a esfera judicial não advém da ausência ou da insuficiência das respectivas previsões administrativas de custeio, mas sim da incongruência da sua repartição de competências com a estrutura de distribuição da receita tributária.

Ainda, como consequência do deslocamento da implementação da política pública de saúde para a esfera judicial visualiza-se a instituição de um circulo vicioso, porquanto o aumento do número de ações judiciais objetivando a garantia do direito à saúde e à vida, impõe o deslocamento cada vez maior de receita para o atendimento de situações individuais, reduzindo a cobertura da prestação de saúde do Estado e levando mais cidadãos a ingressar em juízo para ter acesso às prestações.

7. Bibliografia

BARBOZA, E. M. Q, KOZICKI, Katya. Judicialização da Política e Controle Judicial de Políticas Públicas. *Revista Direito GV*. São Paulo 8(1), p. 59-86, jan-jun 2012.

BARROSO, Luis Roberto. *O controle de constitucionalidade no direito brasileiro: exposição sistemática da doutrina e análise crítica da jurisprudência* – 2. ed.. São Paulo: Editora Saraiva, 2006.

BASTOS, C. R. *Curso de Direito Constitucional.* São Paulo: Saraiva, 1989.

_____. *Teoria de Estado e Ciência Política*. São Paulo: Celso Bastos Editora, 2004.

BRASIL. Constituição Federal, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 5 de outubro de 1988.

_____. Emenda Constitucional nº 84, 2014. *Altera o art. 159 da Constituição Federal para aumentar a entrega de recursos pela União para o Fundo de Participação dos Municípios*, 2 de dezembro de 2014.

_____. Emenda Constitucional nº 55, 2007. *Altera o art. 159 da Constituição Federal, aumentando a entrega de recursos pela União ao Fundo de Participação dos Municípios*, 20 de setembro de 2007.

_____. Emenda Constitucional n º 27, 1985. *Altera Dispositivos da Constituição Federal*, 2 de dezembro de 1985.

_____. Emenda Constitucional nº 23, 1983. *Altera Dispositivos da Constituição Federal*, 5 de dezembro de 1983.

_____. Emenda Constitucional nº 17, 1980. *Altera os artigos 23, 24 e 25 da Constituição Federal e dá outras providências*, 2 de dezembro de 1980.

_____. Emenda Constitucional nº 5, 1975. *Dá nova redação ao "caput" do art. 25 da Constituição*, 28 de junho de 1975.

_____. Ato Complementar nº 40, 1968. *Acrescenta item ao artigo 13 e revoga o parágrafo 6 do artigo 22 da constituição de 24/01/67. Modifica redação do parágrafo 4 do artigo 13; item 2 e parágrafos 2 e 4 do artigo 24; artigo 26 e seus itens 1 - 2 e 3 e parágrafos 1 - 2 e 3; parágrafo 2 do artigo 99; parágrafo 4 do artigo 136*, 30 de dezembro de 1968.

_____. Lei Complementar nº 62, 1989. *Estabelece normas sobre o cálculo, a entrega e o controle das liberações dos recursos dos Fundos de Participação e dá outras providências*, de 28 de dezembro de 1989

_____. Lei nº 5.172, 1966. *Dispõe sobre o Sistema Tributário Nacional e institui normas gerais de direito tributário aplicáveis à União, Estados e Municípios*, 25 de outubro de 1966.

_____. Lei nº 8.080, 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*, de 19 de setembro de 1990.

_____. Portaria do Ministério da Saúde número 1.555, 2013. *Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*, 30 de julho de 2013.

_____. Portaria do Ministério da Saúde nº 204, 2007. *Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle,* 29 de janeiro de 2007.

_____. Portaria do Ministério da Saúde nº 399, 2006. *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto,* 22 de fevereiro de 2006.

_____. Portaria do Ministério da Saúde nº 2.023, 2004. *Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências,* 23 de setembro de 2004.

_____. Supremo Tribunal Federal, Recurso Extraordinário no Agravo Regimental nº 393175/RS. Relator: Ministro Celso de Mello. Brasília, 12 de dezembro de 2006, publicada no Diário de Justiça do dia 02 de fevereiro de 2007.

_____. Receita Federal, 2015. *Estudos Tributários: Carga Tributária no Brasil – 2013 (Análise por Tributo e Bases de Incidência)*, outubro de 2015.

_____. Tesouro Nacional, 2014. *Portal Siconfi da Secretaria do Terouro Nacional.* Disponível em http://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/index.jsf, acesso em, 24 de janeiro de 2015.

_____. Tesouro Nacional, 2013. *Planilha do Resultado Fiscal do Governo Central*. Disponível em http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/series_temporais/principal.aspx?subtema=4#ancora_consulta, acesso em 24 de janeiro de 2015.

BOBBIO, Norberto. *Teoria do Ordenamento Jurídico*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1999.

BOCCHI, Olsen Henrique. *Fontes do Direito Obrigacional: um paralelo com as fontes do direito*. Acesso em: 15 de abril de 2010. Disponível em: http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=2411.

BONAVIDES, Paulo. *Do Estado Liberal ao Estado Social* – 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1980.

_____. *Ciência Política* – 10. ed. São Paulo: Editora Malheiros,2004.

CHIEFFI, A. L; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e eqüidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, 2009.

COMPARATO, F. K. *Fundamento dos Direitos Humanos.* IEA: São Paulo, 1997.

DALLARI, Dalmo de Abreu. *Elementos de Teoria Geral do Estado* – 29. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2010.

DRESCH, R. L. A Garantia de Acesso à Saúde e as Regras de Repartição da Competência entre os Gestores. *RAHIS*. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, v. 12, p. 19-43, 2015.

GRINOVER, Ada Pellegrini. O Controle de Políticas Públicas pelo Poder Judiciário. *Revista Processo*, ano 33, nº 164. São Paulo, RT, out. 2008, p. 9-28.

HESS, H. M. C. O Ativismo Judicial no Controle de Políticas Públicas no Estado Democrático de Direito. *Anais do 34º Encontro Anual da ANPOCS*, Caxambu. ST17: Judiciário, Ativismo e Políticas, 2010.

HESSE, Conrado. *Manual de Derecho Constitucional*. Editora Marcial Pons: Madri, 2001.

KELSEN, Hans; REINE, Rechtslehere. Trad: MACHADO, J. Baptista. *Teoria Pura do Direito*. Editora Martins Fontes: São Paulo, 1998.

MARTINEZ, Vinício. *Estado de Direito*. Acesso em: 14 maio 2010. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7786>.

MENDES, Gilmar Ferreira. *Curso de Direito Constitucional* / MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. – 4. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2009.

ONU. Declaração Universal dos Direitos do Homem, adotada e proclamada

pela *resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas*, em 10 de dezembro de 1948.

SARLET, I. W. *Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição de 1988*. Porto Alegre: Livraria do advogado, 2004.

TAYLOR, Matthew M. O Judiciário e as políticas públicas no Brasil. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 50. n. 2, p. 229-257, 2007.

TEIXEIRA, J. R. B. O Atual Desequilíbrio no Sistema de Repartição de Receitas Tributárias. *Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados*: maio/2005.

Resumo

A Constituição Federal de 1988, redigida em momento de fragilidade social (pós regime civil-militar), tem o intuito primordial de assegurar aos cidadãos os direitos inerentes à dignidade – dentre os quais encontram-se os direitos à vida e à saúde. A despeito disso, é notória a dificuldade que os brasileiros encontram para ver garantido esse direito, levando ao crescente deslocamento da implementação das políticas públicas de saúde para o Poder Judiciário. A partir dessa constatação, objetivando identificar as causas dessa ineficiência na implementação das políticas públicas de saúde, no presente estudo será realizada uma análise da legislação infra-constitucional brasileira que trata da estruturação administrativa das políticas públicas de saúde, tanto na sua forma, quanto no seu custeio, a fim de identificar a incongruência existente entre o direito previsto constitucionalmente e a sua garantia na prática. Essa análise iniciar-se-á pela explanação das normas constitucionais e pela análise da legislação aplicável ao Sistema Único de Saúde, desde a sua Lei Orgânica até as portarias do Ministério da Saúde, para entender a forma de operacionalização e a divisão de competências pelas prestações de saúde entre os Entes federados. Depois disso, realizar-se-á o estudo acerca da viabilidade de custeio da saúde pública no Brasil, explicitando as fontes de receita e as porcentagens de participação dos Entes na arrecadação tributária nacional, com a análise concreta de dados referentes ao Estado do Rio Grande do Sul e aos cinco maiores Municípios de cada uma das regiões do Estado. Por fim, esclarecidas as repartições de competências e de receitas entre os Entes federados, efetuar-se-á uma análise comparativa para auferir a eventual existência de relação entre as estrututas

administrativa e orçamentária e a (in)capacidade do Estado de implementar as devidas políticas públicas.

Palavras-chave: pacto federativo, limitação orçamentária, política pública de saúde, implementação, judicialização.

Abstract

The Federal Constitution of 1988 written during a sensible period of time with social fragility (post the military regime) has as main objective to ensure to the citizens the inherent rights to dignity, among which are found the right to health and to live. Despite of that, it is notorious the difficulties that Brazilians find to have their rights ensured, leading to a growing displacement of the implementation public policies for health to Judiciary. Considering the afore mentioned, focusing to identify the cause of inefficiency during the implementation of public policies for health, this study will analyze the Brazilian legislation, both in its form and defrayal, in order to identify the existent differences between the constitutionally ensured right and its practical application. This analysis will commence on the explanation of the constitutional law and by the analysis of the applicable legislation to the 'Sistema Único de Saúde', since its organic law until regulations by Health Ministry, to understand the way that the operationalization and the competence division for provision of health services among the states. Then, will be studied the feasibility of the defrayal of public health in Brazil, showing the revenue sources and percentages of participation of the states in the national tax collection, with the concrete analysis of data related to the state of Rio Grande do Sul and the five biggest cities of each region of the state. Lastly, an analysis for comparison will be made to identify whether there is relationship between the administrative and budgetary structures and the (in)ability of states to implement appropriate public policies.

Key words: Federative pact, budgetary limitation, public health policy, implementation, judicialization.