

## **NOTA TÉCNICA: A IMPLEMENTAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL 29 (EMENDA DA SAÚDE)**

Conceição Rezende<sup>1</sup>

Os seis anos passados, desde a apresentação da PEC 169 na Câmara dos Deputados, pelos Deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires (ambos do PT) e a sua fusão com a PEC 86, do Deputado Carlos Mosconi (PSDB), até a sua aprovação em dois turnos em cada uma das Casas Legislativas do Congresso Nacional, significaram um esforço monstruoso de todos quantos conhecem profundamente a importância do financiamento estável para o Sistema Único de Saúde - SUS e que lutaram, das formas mais diversas possíveis, pela sua aprovação.

O texto final não refletiu, naturalmente, o que a sociedade brasileira propôs na 9ª Conferência Nacional de Saúde e ao Congresso Nacional (por meio dos deputados já citados), especialmente, no que se refere aos recursos da União destinados ao Setor Saúde e a indefinição de fontes identificadas para o seu financiamento (no caso da União). Ele foi apenas o resultado possível (nesta conjuntura) da luta do movimento pela Saúde Pública no Brasil, frente a um governo intransigente em defesa da racionalização de recursos financeiros para as questões sociais e insensível diante das atuais condições de vida da população. Foi uma longa trajetória de tentativas de convencimento dos dirigentes econômicos, de negociações, de intensa mobilização social e de construção de acordos, cujo resultado já podemos avaliar.

A Emenda Constitucional aprovada *“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”*.

As alterações aprovadas foram:

- 1) No Art. 34 da Constituição, além da Educação, incluiu-se a Saúde para a aplicação do **mínimo** exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, nas **ações e serviços públicos de saúde** e amplia o poder de intervenção da União nos Estados, caso não cumpram com a obrigação de vincular a percentagem estabelecida de sua receita, além da manutenção e desenvolvimento do ensino, também, às **ações e serviços públicos de saúde**. A **intervenção** permitida à União nos Estados, sempre que estes não cumprirem com a obrigação de vincular as percentagens estabelecidas de sua receita, não foi uma mudança da EC 29. Pela EC acrescentou-se apenas mais esta razão para esta intervenção. Ou

---

<sup>1</sup> Psicóloga, Sanitarista, Assessora Técnica da Liderança do PT na Câmara dos Deputados.

seja, além da manutenção e desenvolvimento do ensino, também, os percentuais das **ações e serviços públicos de saúde**.

- 2) O art. 35, inciso III, autoriza o Estado e a União a intervir em seus Municípios nos casos de não aplicação, pelos mesmos, do mínimo exigido da receita municipal **na manutenção das ações e serviços públicos de saúde**.

A **intervenção** permitida aos Estados em seus Municípios e à União nos Municípios, sempre que estes não cumprirem com a obrigação de vincular as percentagens estabelecidas de sua receita, também não foi uma mudança da EC 29. Pela Emenda acrescentou-se apenas mais esta razão para esta intervenção. Ou seja, além da manutenção e desenvolvimento do ensino, também, os percentuais das **ações e serviços públicos de saúde**.

É importante ressaltar que está bem claro que os recursos financeiros assegurados para a Saúde nesta Emenda Constitucional são **recursos mínimos**. Os governos/gestores podem apresentar melhores propostas em suas leis orçamentárias se houver decisão política para isto. Especial e principalmente o Gestor Federal. Os Conselhos de Saúde e os parlamentares podem também, propor/negociar/aprovar valores maiores.

Estes recursos não poderão ser gastos com os serviços de saúde (ambulatoriais e hospitalares) dos servidores civis e militares (de todos os entes federativos, da administração direta e indireta) porque estes serviços pertencem a uma outra natureza de gastos, ou seja, são serviços de saúde de **acesso privativo** a estes servidores e não serviços públicos de saúde, no sentido do **acesso universal** da população.

A partir da EC 29, fica impedida a inclusão do **pagamento de inativos** com recursos financeiros do Setor Saúde. Neste caso, trata-se também de gastos de **natureza previdenciária** com os servidores públicos e não são gastos com **ações e serviços públicos de saúde de caráter universal**. A mesma compreensão aplica-se nos casos de despesas com a dívida pública e precatórios.

Ressalte-se ainda, que as **ações e serviços públicos de saúde** não podem ser confundidos agora, após a aprovação da EC 29, de forma oportunista, com todas as outras **ações e serviços públicos**, próprios de outros setores, que promovam a qualidade de vida e saúde da população.

A Constituição Federal, assegurou o direito de todos à saúde, que deve ser garantido:

- a) por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos à saúde. A Lei Federal nº 8.080, de 19/09/1990, define como fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer,

o acesso aos bens e serviços essenciais e as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade as condições de bem estar físico, mental e social. Estas ações são planejadas e executadas por outros setores de governo, com recursos específicos e são consideradas “**ações intersetoriais de saúde**”<sup>2</sup>.

Se os Fundos de Saúde são depositários de todos os recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde (EC 29, Art. 33 da Lei Federal 8080, de 19/09/90 e Art. 4º da Lei Federal nº 8.142, de 28/12/90) e se as **ações e serviços públicos intersetoriais** forem considerados **ações e serviços públicos de saúde**, então os Gestores do SUS passariam a ser mais importantes que o Prefeito ou o Governador ou o Presidente da República e seriam os gestores de quase todos os recursos das três esferas de governo (Art. 198, inciso I da CF, Art. 9º, Art. 32, § 2º e Art. 33, § 1º da Lei Federal nº 8080, de 19/09/90).

- b) pelo acesso universal e igualitário às “**ações e serviços de saúde**”, incluindo a promoção, a proteção e a recuperação. Estas ações e serviços estão identificadas nos incisos IV e VIII do artigo 200 da CF e nos artigos 5º e 6º da Lei 8.080 como sendo atribuições do Sistema Único de Saúde.

O Setor Saúde não é o gestor das políticas de abastecimento, saneamento básico ou ambiental, entre outras, mas deve participar da formulação dessas políticas, o que significa colaborar na definição das estratégias de atuação daqueles setores, em cada ente federativo, especialmente, pela identificação e a divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde da população, pela disponibilização de informações epidemiológicas, e ainda, pela execução de ações de vigilância nutricional e de alimentos, de saneamento típicas do setor saúde, tais como, o controle de vetores, da poluição sonora, da qualidade do ar e da água de consumo humano e dos ambientes físicos de utilização coletiva, das emissões eletromagnéticas, monitorar o destino dos efluentes líquidos domésticos e do lixo hospitalar, colaborar com a proteção do meio ambiente e do ambiente de trabalho, entre outros.<sup>3</sup>

- 3) O Art. 156, § 1º, estabelece a progressividade do IPTU, além da “progressividade no tempo”, agora também, em razão do “valor do imóvel” e autoriza o estabelecimento de alíquotas diferentes de acordo com a “localização e o uso do imóvel”. Cada município elabora a sua Lei Municipal

---

<sup>2</sup> Conselho Nacional de Saúde, "Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS", Terceira Versão Preliminar, dezembro/2000.

<sup>3</sup> Idem

sobre IPTU, agora, podem incluir a progressividade em relação ao valor, localização e uso do imóvel.

- 4) O art. 160, parágrafo único (incisos I e II), **veda** a União a **reter** ou **promover restrição à entrega dos recursos atribuídos ao Sistema de Saúde**.
- 5) O art. 167, inciso IV, ressalva a vinculação de receitas de impostos para a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde.
- 6) O art. 198, §§ 2º e 3º, estabelece a aplicação, anual, de recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, derivados da aplicação de percentuais calculados da seguinte forma:
  - a) **Pela União** - a partir de 2005, Lei Complementar, reavaliada a cada 5 anos, estabelecerá:
    - os percentuais a serem destinados às ações e serviços de saúde pela União, Estados e Municípios;
    - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados (art.35 da Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90) destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;
    - as normas de fiscalização; avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; e
    - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.
  - b) **Pelos Estados e 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, ou seja, do ITD (Imposto de Transmissão Causa Mortis e Doação), ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Serviço), IPVA (Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores), Adicional de IR (Imposto de Renda), FPE (Fundo de Participação dos Estados);
  - c) **Pelos Municípios e 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, ou seja, do IPTU (Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana), ITBI (Imposto sobre a Transmissão Inter Vivos, a Qualquer Título, por Ato Oneroso, de Bens Imóveis, por Natureza ou Acesso Física, e de Direitos Reais sobre Imóveis, exceto os de Garantia, bem como a Cessão de Direitos à sua Aquisição), IVVC (Imposto sobre Vendas a Varejo de Combustíveis Líquidos e Gasosos), ISS (Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza), FPM (Fundo de Participação dos Municípios), IPI-Exportação (Imposto sobre Produtos Industrializados), quota-parte ITR (Imposto sobre Propriedade Territorial Rural), ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Serviço), e IPVA (Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores);

- 7) O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT passa a vigorar acrescido do art. 77 que define que até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes a:

**a) Pela União:**

- no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;
- do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal (inclui a inflação) do Produto Interno Bruto – PIB.

O Ministério da Saúde empenhou, em 1999, R\$ 20.338 milhões. Subtraindo-se deste total os gastos com “inativos” e “serviços da dívida” para aproximar-se do valor gasto com “ações e serviços públicos de saúde”, chega-se a R\$ 18.353 milhões que, acrescidos de 5%, resulta em R\$ 19.271 milhões. Esta deveria ser a quantia aplicada (mínima) na saúde em 2000<sup>4</sup>.

Quanto aos recursos mínimos para saúde em 2001, deve-se fazer incidir sobre R\$ 19.271, montante mínimo destinado à saúde em 2000, a variação nominal do PIB. Resta uma dúvida, no entanto: variação nominal do PIB de 2000 ou de 2001. As previsões para estas variações são de 14,89% e de 10,62%, respectivamente. Ambas estão sujeitas a mudanças, já são previsões. Em favor da primeira possibilidade, utilizar-se a variação do PIB de 2000, está o fato de saber-se o número definitivo ao longo da execução orçamentária de 2001 permitindo, portanto, o ajuste necessário. O argumento a favor da variação do PIB de 2001, é porque é o PIB de 2001 que serve para estimar as receitas da proposta orçamentária do mesmo ano<sup>5</sup>.

“Cumprir lembrar que a variação nominal do PIB no ano corrente somente é confirmada em meados do ano subsequente, enquanto que o projeto de lei orçamentária é elaborado no segundo semestre do exercício anterior. Entendo que para formular a proposta orçamentária da saúde em 2001 teríamos que trabalhar com as previsões para o PIB de 2000. Ainda que disponhamos apenas de previsões, os dados do PIB nominal de 2000 serão confirmados em meados de 2001, o que torna possível a realização de ajustes ao longo da execução do orçamento. Sendo assim, e considerando que a perspectiva de variação do PIB nominal em 2000 corresponde a 14,89%, o piso de despesas para o exercício equivale a R\$ 22,1 bilhões”<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> Pellegrini, J. Os Orçamentos de 2000 e 2001 e a Emenda Constitucional da Saúde, mimeo, Brasília – DF, agosto/2000.

<sup>5</sup> Idem, idem.

<sup>6</sup> Pureza, M. E. PEC da Saúde e sua Repercussão Financeira, mimeo, Brasília – DF, 20/09/2000.

Se a União estiver com dotações orçamentárias no Fundo Nacional de Saúde (Art. 33, § 1º, da Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90) abaixo destes valores, deverá criar crédito suplementar (Lei 4.320/64).

**b) Pelos Estados e pelo Distrito Federal:**

12% (doze por cento) do 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.

Os Estados que aplicam atualmente percentuais inferiores a 12% (Estados e Distrito Federal) deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, 1/5 por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de, pelo menos (pode ser mais), 7%. Ou seja, **neste ano de 2001 o percentual deve ser de 8,25%**, em 2002 deverá ser de 9,50%, em 2003 de 10,75%, e em 2004 de 12% (**no mínimo**). Os Estados (e o DF) que estiverem com dotações orçamentárias em seus Fundos de Saúde abaixo deste percentual, deverão criar crédito suplementar.

**c) Pelos Municípios e pelo Distrito Federal:**

15% (quinze por cento) do 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.

Os Municípios que aplicam atualmente, percentuais inferiores a 15% (Municípios e DF), deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, 1/5 por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de, **pelo menos** (pode ser mais), 7%. Ou seja, **neste ano de 2001 o percentual mínimo deve ser de 9%**, em 2002 deverá ser de 11%, em 2003 de 13%, e em 2004 de 15% (**no mínimo**). Os Municípios (e o DF) que estiverem com dotações orçamentárias em seus Fundos de Saúde abaixo deste percentual, deverão criar crédito suplementar.

Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, 15%, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.

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 Federal.

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 no art. 77 das Disposições Constitucionais Transitórias.

Ressalte-se que houveram aspectos importantes na EC 29 (chamada Emenda Constitucional da SAÚDE) que não foram, até então, devidamente valorizados:

- 1) Eleva a **vinculação de receita orçamentária com gastos na Saúde** à categoria de “**princípio constitucional**”;
- 2) A **Constitucionalização da Progressividade do IPTU** pelo valor e a localização do imóvel. Considerado a principal fonte de arrecadação municipal, foi introduzido mais um critério para a orientação de seus cálculos que proporciona maior justiça em sua cobrança;
- 3) A **Constitucionalização do Fundo de Saúde**, assegurando (pela Constituição Federal) que todos os recursos destinados à saúde devem ser geridos por meio dele;
- 4) A **Constitucionalização do Controle Social do SUS**, por meio do Conselho de Saúde, que também estava previsto apenas em Lei.

#### **Sobre a Lei Complementar prevista para Regulamentar a EC 29:**

Na nossa avaliação, a Emenda Constitucional 29, juntamente com outros artigos da Constituição Federal, com as Leis Orgânicas da Saúde – 8.080/90 e 8.142/90 - que regulamentam o Setor Saúde e a Lei 4.320/64 são bastante claras (absolutamente claras!), quanto as responsabilidades e as atribuições dos três entes federativos em relação ao financiamento do SUS e a forma de viabilizá-lo. Não há, portanto, necessidade imediata de regulamentar a EC 29 por lei complementar para a sua aplicação.

A regulamentação prevista, por lei complementar, que deve ser reavaliada a cada cinco anos (ano 2004) foi proposta para ajustar os atuais valores definidos (ADCT) e condições, com as necessidades do setor saúde, entre outros motivos. Na verdade, sabemos que, neste caso, o transitório será a regra. Mesmo assim, na hipótese de não ser apresentada uma proposta para a regulamentação, na época oportuna, a própria EC prevê que serão mantidas as atuais formas de financiamento pelas três esferas de governo. A necessidade de maiores recursos para a saúde já está comprovada atualmente. O que não temos é governo federal sensível a esta questão. O que falta é vontade política.

Do nosso ponto de vista, a regulamentação poderia ser realizada se o Governo Federal revisse a sua atual posição de não **definir as fontes de financiamento da União e da Seguridade Social para a Saúde, os percentuais de recursos financeiros (da União) e maiores recursos para a Saúde**. Mas foi por causa do Governo não abrir mão desta posição que a EC 29 demorou tanto para ser aprovada. Um projeto de lei complementar no Congresso Nacional, passa por um longo processo tramitação e deve ser aprovado pela maioria absoluta (50%+1) dos deputados e pela maioria absoluta dos senadores (em duas votações), para

depois receber a sanção ou o veto do Presidente da República. Se a PEC da Saúde (EC 29) tramitou mais de seis anos, não dá para querermos começar tudo de novo apenas para regulamentar...

Enquanto o Governo priorizar os Bancos Multilaterais, a globalização e o pagamento da dívida externa em detrimento do povo brasileiro, a EC 29 é o que temos, por causa da nossa luta! A *sensação* da necessidade de regulamentá-la (de nossa parte) é porque gastamos tempo e munição de guerra, apenas para vencer uma rixa... ou, se preferir, uma rusga... pois são públicas e notórias as necessidades de mais recursos financeiros para o Setor Saúde no Brasil. Regulamentar, por parte do Governo, pode significar ganhar tempo para inventar mecanismos de redução dos valores a serem gastos com Saúde.

### **O Controle Social da Aplicação da EC 29**

Resta-nos agora, apostar na capacidade de organização dos Conselheiros de Saúde das três esferas de gestão do SUS e investir pesado num processo de capacitação, repasse de informações, criação de alternativas de ajuda (troca de experiências, assessorias, entre outros) para que os recursos mínimos para a saúde previstos na EC 29 sejam realmente assegurados nas leis orçamentárias, para que sejam empenhados em tempo hábil, sem contingenciamentos e sejam executados. Os Conselhos de Saúde tem agora, referência de valores financeiros para aprovarem ou não as prestações de contas do SUS.

Mais que nunca, a prestação de contas dos Fundos de Saúde, pelos gestores do SUS ao Poder Legislativo reveste-se da maior importância. Temos condições de exigir dos governos a execução dos valores e percentuais definidos pela EC a cada três meses e anualmente. Os Tribunais de Conta também poderão contribuir enormemente neste processo. A conferência e a análise desses valores devem ser em comparação e compatíveis com os respectivos Planos de Saúde (Municipais, Estaduais e Nacional) e a execução deve ser demonstrada nos respectivos Relatórios de Gestão. Se tudo der certo, podemos ficar por aqui. Se não, devemos recorrer ao Ministério Público.