

Título do capítulo	CAPÍTULO 16 GOVERNANÇA ORÇAMENTÁRIA EM SAÚDE E EDUCAÇÃO: RAZÕES PARA REDUZIR AS GARANTIAS CONSTITUCIONAIS?
Autor(es)	Luiz Fernando Arantes Paulo Júlia Marinho Rodrigues
DOI	DOI: http://dx.doi.org/10.38116/9786556350431cap16

Título do livro	Governança orçamentária no Brasil
Organizadores(as)	Leandro Freitas Couto Júlia Marinho Rodrigues
Volume	1
Série	Governança orçamentária no Brasil
Cidade	Rio de Janeiro
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2022
Edição	1a
ISBN	9786556350431
DOI	DOI: http://dx.doi.org/10.38116/9786556350431

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea 2022

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesso: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

GOVERNANÇA ORÇAMENTÁRIA EM SAÚDE E EDUCAÇÃO: RAZÕES PARA REDUZIR AS GARANTIAS CONSTITUCIONAIS?

Luiz Fernando Arantes Paulo¹
Júlia Marinho Rodrigues²

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988), além de reconhecer saúde e educação como direito de todos e dever do Estado, estabeleceu proteção especial ao financiamento de políticas públicas nessas áreas por meio da obrigatoriedade de aplicação mínima de recursos por cada ente da Federação. O desrespeito a essa regra é uma das poucas causas que justificam a intervenção da União nos estados e Distrito Federal (art. 34, inciso VII, alínea e), ou dos estados em seus municípios (art. 35, inciso III). A ideia é dotar o Estado de condições para oferecer serviços públicos, gratuitos e universais, que garantam o pleno exercício desses direitos sociais (arts. 196, 198, 206 e 208, incisos I e II, §§ 1º e 2º), sem excluir a possibilidade de atuação da iniciativa privada (arts. 199 e 209). A aplicação mínima de recursos, portanto, constitui ponto central na governança orçamentária nas áreas de saúde e educação, sendo uma das principais “regras do jogo”, ao lado da descentralização.

Críticos a essa estratégia de priorização orçamentária alegam que ela é responsável por provocar distorções, desperdícios e ineficiências na aplicação dos recursos públicos, e defendem desde a flexibilização até a sua total extinção. A partir da promulgação da CF/1988, foram várias as investidas para alterar esse conjunto de regras, e esse movimento se intensificou nos últimos anos.³ Como apresentado no capítulo 6 deste livro, a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, que deu origem ao teto dos gastos, abordou a flexibilização desses gastos, assim como a PEC nº 109/2021, conhecida como PEC Emergencial.⁴

1. Analista de planejamento e orçamento do governo federal; mestre em direito e políticas públicas; e especialista em gestão pública.

2. Consultora de orçamento da Câmara dos Deputados; e doutoranda em ciência política no Instituto de Ciência Política da Universidade de Brasília (Ipol/UnB).

3. Recentemente, a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 188 propôs a unificação dos pisos, permitindo a compensação das despesas entre as áreas da saúde e educação. Já o substitutivo do senador Márcio Bittar da PEC nº 186 propôs a revogação total da regra de aplicação mínima de recursos nessas áreas.

4. Sobre os prováveis impactos da PEC Emergencial, especialmente sobre a proposta de unificação dos pisos de saúde e educação, ver Vieira *et al.* (2020).

Neste capítulo, os autores buscam oferecer subsídios para o debate acerca da governança orçamentária nas áreas de saúde e educação. Conforme apontado por Ana Claudia Borges no primeiro capítulo desta obra, compreende-se a governança orçamentária como o conjunto de atores, regras formais e informais, bem como suas interpretações, que conformam o nosso sistema orçamentário. Tendo como base esse referencial, esta investigação estrutura-se a partir de três enfoques: o jurídico-normativo, referente às regras formais, o orçamentário-financeiro, referente à interpretação e aplicação dessas regras, e o de resultados, referente a possíveis impactos da governança orçamentária na alocação efetiva e eficiente dos recursos públicos.

Primeiro, ao descrever as regras vigentes, a preocupação está em identificar o grau de rigidez imposta aos gestores para o planejamento e gestão das despesas em saúde e educação, tanto na esfera federal como nas subnacionais, e as possíveis relações entre esse diagnóstico e a proposta de flexibilização ou revogação dos pisos constitucionais. Segundo, ao expor a evolução das despesas orçamentárias nessas áreas, busca-se demonstrar como essas regras foram interpretadas e refletiram no volume do financiamento dessas políticas públicas, qualificando a análise por meio da comparação com países selecionados. Na sequência, ao comparar os principais indicadores de saúde e de educação no país com os de países selecionados, a intenção é associar o debate acerca da governança orçamentária em saúde e educação com resultados percebidos no bem-estar da sociedade, objetivo último da gestão orçamentária e das políticas públicas.

Este estudo optou por estabelecer, quando possível, comparações com os países-membros da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), considerando o objetivo expresso do Brasil de integrar esse grupo, conforme pedido de acesso realizado em 2017 (OCDE, 2018, p. 4), e com países da América Latina e Caribe, por ser a região à qual pertence.

2 REGRAS SÃO MESMO RÍGIDAS E DIFICULTAM A GESTÃO?

2.1 A repartição de competências entre os entes da Federação

De acordo com o art. 22 da CF/1988, compete privativamente à União legislar sobre seguridade social (inciso XXIII) e diretrizes e bases da educação nacional (inciso XXIV), mas há competência concorrente com os estados e o Distrito Federal no que concerne legislar sobre educação e ensino (art. 24, inciso IX) e defesa da saúde (art. 24, inciso XII), sendo que a União deve se limitar a estabelecer normas gerais (art. 24, § 1º). Aos municípios, compete complementar a legislação federal e a estadual no que couber (art. 30, inciso II).

Quanto à oferta de serviços, é competência comum da União, estados, Distrito Federal e municípios cuidar da saúde (art. 23, inciso II) e proporcionar meios de

acesso à educação (art. 23, inciso V). Os municípios devem manter, com a cooperação técnica e financeira da União e do estado, programas de educação infantil e de ensino fundamental (art. 30, inciso VI) e prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do estado, serviços de atendimento à saúde da população (art. 30, inciso VII). Nesse arranjo tripartite, é possível identificar os municípios como os principais responsáveis pela oferta das ações e serviços de menor complexidade, mas contando com um financiamento compartilhado com União e estados. Regras gerais sobre esse financiamento mínimo compartilhado estão definidas na própria CF/1988, conforme quadro 1. As subseções subsequentes analisam essas regras para as áreas da saúde e da educação.

QUADRO 1
Marco legal da aplicação mínima em saúde e educação

	Saúde		Educação	
	Aplicação mínima	Marco legal	Aplicação mínima	Marco legal
União	15% da Receita Corrente Líquida (RCL) ¹	CF/1988, art. 198, § 2º, inciso I	18% da arrecadação de impostos	CF/1988, art. 212, <i>caput</i>
Estados	12% da arrecadação de impostos	CF/1988, art. 198, §§ 2º e 3º e Lei Complementar nº 141, art. 6º	25% da arrecadação de impostos	CF/1988, art. 212, <i>caput</i>
Municípios	15% da arrecadação de impostos	CF/1988, art. 198, §§ 2º e 3º e Lei Complementar nº 141, art. 7º	25% da arrecadação de impostos	CF/1988, art. 212, <i>caput</i>

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ Enquanto durar o Regime Fiscal do Teto de Gastos, estabelecido pela EC nº 95/2016, a União aplica o valor correspondente a 15% da RCL apurada em 2017, corrigido anualmente pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

2.2 O campo da saúde

A seção da CF/1988 que trata da saúde possui 5 artigos e 33 dispositivos, sendo reservada a instrumentos infraconstitucionais e infralegais ampla margem para estabelecimento de regras acerca da organização das políticas públicas. O art. 196 estabelece que a saúde “é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). Como expressamente declarado, não se trata de um compromisso a ser cumprido exclusivamente por serviços de saúde, já que abrange políticas sociais e econômicas sob responsabilidade de outros setores (Paulo, 2016, p. 987). Nesse sentido, o dispositivo constitucional é coerente com a definição de saúde existente na Constituição da Organização Mundial

da Saúde (OMS), como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”.⁵

No que concerne às ações e serviços de saúde, o art. 197 estabelece que estes têm relevância pública e, portanto, são regulamentados, fiscalizados e controlados pelo poder público. O art. 198, por sua vez, institui que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único organizado segundo as seguintes diretrizes: i) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; ii) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e iii) participação da comunidade.

As regras para o financiamento estão estabelecidas no art. 198, § 2º, conforme apresentado no quadro 1. No caso da União, 15% da RCL de 2017, corrigidos a cada ano pela inflação, apurada pelo IPCA; e, para estados e municípios, um percentual da arrecadação dos impostos, regulamentado por uma lei complementar – tal montante foi fixado pela Lei Complementar nº 141/2012 em 12% para os estados e 15% para os municípios.

As bases de cálculo para os três entes são diferenciadas. Enquanto para a União os recursos estão, desde a EC nº 95/2016, congelados em termos reais, para os demais entes o gasto acompanha o crescimento da arrecadação, o que impacta o financiamento compartilhado instituído no Sistema Único de Saúde (SUS). Independentemente do teto de gastos, a redução da participação federal no financiamento do setor já era uma tendência, com os encargos se concentrando em estados e municípios (Piola *et al.*, 2013).

O art. 199 afirma que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e destaca que o SUS pode contar com a participação de instituições privadas, preferencialmente filantrópicas e as sem fins lucrativos, mas a transferência de recursos públicos só é autorizada a instituições privadas sem fins lucrativos. Ainda, estabelece que empresas estrangeiras dependem de autorização legal para prestar assistência à saúde no Brasil e proíbe a comercialização de transplantes e de sangue.

O art. 200, último da seção saúde na CF/1988, trata das atribuições do SUS, tais como: i) o controle e a fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; ii) a execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; iii) a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; iv) a participação na formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; v) a participação no controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias

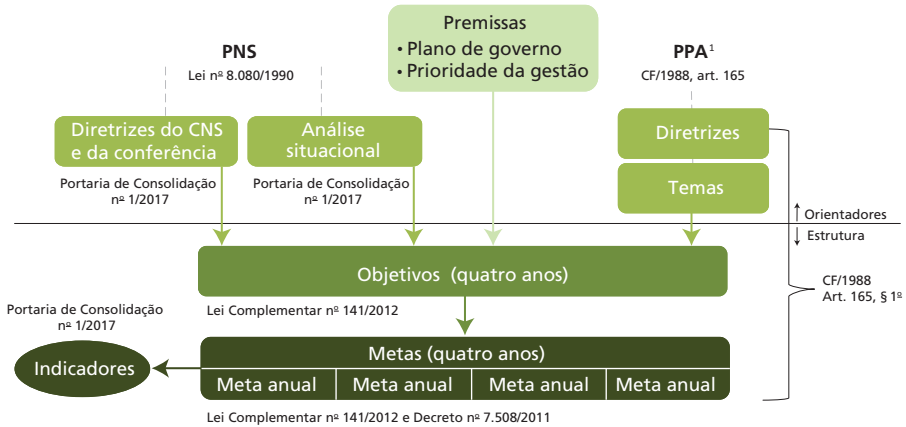
5. Conforme preâmbulo do Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948, que promulga atos firmados em Nova Iorque a 22 de julho de 1946, por ocasião da Conferência Internacional da Saúde. A Constituição da OMS foi publicada no *Diário Oficial da União* conforme o original, no idioma francês: “*La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’atteindre*”.

e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; e vi) a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

O início dos anos 1990 marcou a aprovação de várias legislações regulamentando artigos da CF/1988 relacionados aos direitos sociais. A Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), dispõe, em seu título II, sobre os objetivos do SUS, seus princípios e diretrizes, bem como sua organização, direção e gestão. No título III, são abordados os serviços privados de assistência à saúde; no IV trata-se da política de recursos humanos na área da saúde; e no V há a abordagem do financiamento.

A Lei nº 8.080/1990 também estabeleceu a obrigatoriedade de elaboração, por todos os entes, do Plano de Saúde, que é um instrumento central de planejamento, monitoramento, avaliação e prestação de contas. O Plano Nacional de Saúde (PNS), construído de forma ascendente sob a coordenação do Ministério da Saúde, deve estar alinhado com o Plano Plurianual (PPA) e servir de base para a Programação Anual de Saúde (PAS). A figura 1 ilustra o processo de interligação entre o PNS e o PPA.

FIGURA 1
Relação entre PNS e PPA



Fonte: PNS 2020-2023.

Nota: ¹ O PPA também conta com a estrutura "programa".

Obs.: 1. O atributo temas do PPA não está previsto na CF/1988.

2. CNS – Conselho Nacional de Saúde.

A Lei nº 8.142/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Foi essa lei que determinou a criação, em cada esfera de governo, dos Conselhos de Saúde e a realização, a cada quatro anos, das Conferências de Saúde.

Em 2012, foi aprovada, após nove anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Complementar nº 141, que regulamentou o art. 198 da CF/1988, estabelecendo os valores mínimos a serem aplicados anualmente por estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde. Também, dispôs sobre os critérios de rateio dos recursos e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Importante avanço foi a definição das despesas consideradas ações e serviços públicos de saúde para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos, haja vista que muitos estados e municípios inflavam essas rubricas com despesas estranhas à área, cumprindo assim as aplicações mínimas de maneira fictícia (Servo *et al.*, 2011; Silva *et al.*, 2015).

Uma vez definidas as regras de rateio, a transferência dos recursos da União para estados e municípios e dos estados para municípios assume natureza obrigatória, devendo ser realizada de forma regular e automática, conforme estabelecido no art. 22 da Lei Complementar nº 141, previstas apenas as seguintes condições: instituição e funcionamento do Fundo de Saúde; instituição e funcionamento do Conselho de Saúde; e elaboração do Plano de Saúde (art. 22, parágrafo único).

As estratégias de financiamento, por sua vez, são estabelecidas por atos do Ministério da Saúde, revisados constantemente e definidos com ampla negociação em comissões intergestores bi e tripartite e fiscalização pelos conselhos de saúde, conforme as institucionalidades estabelecidas pela Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica do SUS).⁶ Segundo levantamento do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), em 2017, havia 882 formas de alocação de recursos federais destinadas a estados e municípios; Mendes (2017), por seu turno, mapeou trezentas formas de repasse do Ministério da Saúde.

Em linhas gerais, o Ministério da Saúde formula a política e os demais entes aderem a esses desenhos nacionais e, em contrapartida, recebem recursos financeiros federais. Paiva, Gonzalez e Leandro (2017, p. 70) consideram que essa forma de repasse deu uma maior organicidade à política de saúde, pois

produziu incentivos para que os governos locais adotassem comportamentos esperados definidos pelo governo federal e pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), tais como o direcionamento de recursos descentralizados para políticas prioritárias, a garantia de um padrão nacional mínimo de política de saúde e a redução da desigualdade horizontal.

Em contrapartida, pesquisadores (Mendes, Carnut e Guerra, 2018; Pinto, 2018; Castro e Machado, 2010) apontam que a estratégia de financiamento baseada em portarias do Ministério da Saúde para a adoção de políticas específicas,

6. Uma abrangente revisão das estratégias de financiamento da atenção básica à saúde no SUS está em Amorim e Mendes (2020). Para uma visão sobre possíveis impactos da mudança na estratégia de financiamento da atenção primária, promovida em 2019, ver Massuda (2020).

definidas de forma centralizada, contraria a concepção municipalista do SUS e a diretriz de planejamento ascendente:

é importante superar um modelo de financiamento que induz prioridades definidas desde a União e que se assenta em normatizações nacionais e genéricas com insuficiente capacidade de adequação às necessidades, condições, especificidades e projetos locais dos municípios (Pinto, 2018, p. 50).

Diante dessas percepções antagônicas, importa destacar que a revisão das regras e estratégias de financiamento na área da saúde é algo previsível e planejado. A própria CF/1988 prevê que os percentuais a serem aplicados por estados e municípios, assim como as regras de rateio e fiscalização, definidas em lei complementar, devem ser revistos a cada cinco anos (art. 198, § 3º). Ainda, importantes alterações podem ser feitas, e são promovidas por medidas infralegais, como a recente reformulação dos blocos de financiamento, em 2017.⁷

2.3 O campo da educação

A seção da CF/1988 que trata da educação possui onze artigos e noventa dispositivos e, assim como na saúde, permite que instrumentos infraconstitucionais e infralegais estabeleçam as regras acerca da organização dessas políticas públicas.

O art. 205 diz que “a educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho” (Brasil, 1988). No art. 206 estão estabelecidas suas diretrizes: i) igualdade de condições para o acesso e permanência na escola; ii) liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar o pensamento, a arte e o saber; iii) pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas, e coexistência de instituições públicas e privadas de ensino; iv) gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais; v) valorização dos profissionais da educação escolar, garantidos, na forma da lei, planos de carreira, com ingresso nas redes públicas exclusivamente por concurso público de provas e títulos; vi) gestão democrática do ensino público, na forma da lei; vii) garantia de padrão de qualidade; viii) piso salarial profissional nacional para os profissionais da educação escolar pública, nos termos de lei federal; e ix) garantia do direito à educação e à aprendizagem ao longo da vida.

O art. 207 trata do ensino superior e prevê que as universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

No art. 208 é explicitado como o dever do Estado com a educação será efetivado, com destaque para a oferta da educação básica obrigatória e gratuita

7. Para saber mais, ver Mendes, Carnut e Guerra (2018).

dos 4 aos 17 anos de idade. O § 1º afirma que o acesso ao ensino obrigatório e gratuito é direito público subjetivo e, dessa forma, permite que o Estado seja responsabilizado caso não o ofereça.

O art. 209 estabelece as condições nas quais o ensino é livre à iniciativa privada: cumprimento das normas gerais da educação nacional e autorização e avaliação de qualidade pelo poder público. O art. 210 trata dos conteúdos mínimos para o ensino fundamental, de maneira a assegurar formação básica comum e respeito aos valores culturais e artísticos, nacionais e regionais.

O art. 211 prevê que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios organizarão em regime de colaboração seus sistemas de ensino. Os municípios atuarão prioritariamente no ensino fundamental e na educação infantil; os estados, prioritariamente no ensino fundamental e médio; e a União organizará o sistema federal de ensino e o dos territórios, financiará as instituições de ensino públicas federais e exercerá, em matéria educacional, função redistributiva e supletiva, de forma a garantir equalização de oportunidades educacionais e padrão mínimo de qualidade do ensino mediante assistência técnica e financeira.

O art. 212 é o que trata do financiamento. Na área da educação, os percentuais a serem aplicados por União, estados, Distrito Federal e municípios estão definidos na própria CF/1988: “a União aplicará, anualmente, nunca menos de dezoito, e os estados, o Distrito Federal e os municípios vinte e cinco por cento, no mínimo, da receita resultante de impostos, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino” (Brasil, 1988).

Além dos percentuais por ente da Federação, a CF/1988 também estabelece uma subvinculação, referente ao Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb), que deve ser instituído em cada um dos estados e no Distrito Federal. Há, inclusive, a previsão de parâmetros a serem observados para a distribuição dos recursos do Fundeb, e o seu descumprimento constitui crime de responsabilidade⁸ (art. 212-A, inciso IX).

O art. 213 prevê que os recursos públicos serão destinados às escolas públicas, podendo ser dirigidos a escolas comunitárias, confessionais ou filantrópicas. O art. 214 trata do Plano Nacional de Educação (PNE), de duração decenal, com o objetivo de articular o sistema nacional de educação em regime de colaboração e definir diretrizes, objetivos, metas e estratégias de implementação para assegurar a manutenção e o desenvolvimento do ensino em seus diversos níveis, etapas e modalidades, por meio de ações integradas dos poderes públicos das diferentes esferas federativas.

8. Para saber mais, ver Castoni, Cardoso e Cerqueira (2021).

Em resumo, a CF/1988 propõe uma dinâmica federativa na educação orientada por três elementos: a descentralização com tendência municipalista; a União como produtora de normas e diretrizes nacionais e com importante função supletiva e redistributiva; e a proposição do regime de colaboração. Segundo Abrúcio (2005), no começo dos anos 1990 houve pouco avanço no processo de descentralização municipalista, na ampliação das matrículas estaduais, uma falta de instrumentos de coordenação e a persistência na desigualdade de oferta e de financiamento.

A partir da segunda metade dos anos 1990, há uma ampliação da coordenação federal por meio das transferências constitucionais e voluntárias e da proposição de diretrizes e leis norteadoras da ação governamental no campo da educação. Um marco nesse aspecto é a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB) (Lei nº 9.394/1996). A LDB é a legislação que regulamenta o sistema educacional (público ou privado) do Brasil, da educação básica ao ensino superior.

Também fundamental foi a aprovação da EC nº 14/1996, que criou o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef), posteriormente regulamentado pela Lei nº 9.424/1996 e pelo Decreto nº 2.264/1997, implantado automaticamente em janeiro de 1998 em todo o país. O Fundef correspondia a um conjunto de fundos contábeis formado por recursos dos três níveis da administração pública do Brasil para promover o financiamento da educação básica pública. Em cada estado, os recursos do Fundef eram distribuídos entre o governo estadual e os governos municipais, de acordo com o número de alunos do ensino fundamental público atendidos em cada rede de ensino (estadual ou municipal), conforme os dados constantes do censo escolar do ano anterior. Em 2006, o Fundef foi substituído pelo Fundeb, sendo que a principal diferença é que o novo fundo passou a englobar desde creches, pré-escola, educação infantil, ensino fundamental e ensino médio até a educação de jovens e adultos (EJA).

Em agosto de 2020, por meio da EC nº 108, o Fundeb se tornou um instrumento permanente de financiamento da educação pública e sua regulamentação se deu pela Lei nº 14.113/2020. Uma das principais alterações do novo Fundeb é que a contribuição do governo federal vai subir dos 10% atuais até 23% do valor total do fundo até 2026. Há ainda uma alteração na destinação dos recursos recebidos, pois, a partir de 2021, pelo menos 70% dos valores do Fundeb devem ser investidos no pagamento de profissionais da educação básica – atualmente o percentual mínimo é de 60% e abarca apenas os profissionais do magistério. Ampliam-se também os recursos para a educação infantil, pois do total de recursos da complementação do valor aluno/ano total (VAAT), 50% precisam ser investidos nessa etapa de ensino.

Desde o Fundef de 1996, há uma complementação da União, direcionada às regiões nas quais o investimento por aluno seja inferior ao valor mínimo fixado

para cada ano. Tal complementação, ao considerar o desenvolvimento social e econômico das regiões, tem por objetivo promover a redistribuição dos recursos e reduzir as iniquidades na oferta educacional. Atualmente, o Fundeb está regulamentado pelo Decreto nº 10.656/2021. O quadro 2 destaca os principais marcos normativos que organizam a governança orçamentária nas áreas da saúde e da educação, ordenadas de acordo com a hierarquia entre as normas.

QUADRO 2

Marco normativo da governança em saúde e educação

Marco normativo	Saúde	Educação
CF/1988	Arts. 196 a 200.	Arts. 205 a 214 (212-A, referente ao Fundeb, incluído pela EC nº 108/2020).
Leis complementares	Nº 141 – Regulamenta o § 3º do art. 198 da CF/1988 para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.	-
Leis ordinárias	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. Nº 8.142/1990 – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.	Nº 9.394/1996 – Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Nº 13.005/2014 – Aprova o PNE e dá outras providências. Nº 14.113/2020 – Regulamenta o Fundeb, de que trata o art. 212-A da CF/1988; revoga dispositivos da Lei nº 11.494, de 20 de junho de 2007; e dá outras providências.
Medidas infralegais	Decreto nº 7.508/2011 – Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Portaria de Consolidação nº 1/2017 – Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS.	Decreto nº 10.656/2021 – Regulamenta a Lei nº 14.113, de 25 de dezembro de 2020, que dispõe sobre o Fundeb.

Elaboração dos autores.

Do exposto até aqui, é possível observar que são definidas estratégias substancialmente distintas na CF/1988 para estabelecer a obrigatoriedade de aplicação mínima de recursos em saúde e educação. Enquanto na área da saúde há previsão da revisão dos percentuais de estados e municípios a cada cinco anos, por meio de lei complementar, em educação os percentuais de aplicação mínima para cada ente foram estabelecidos de forma mais rígida, inclusive com a definição de uma

subvinculação para a educação básica, com percentuais definidos para o pagamento de ativos e de despesas de capital.⁹

Na próxima seção, investiga-se como essas regras impactaram o financiamento da saúde e da educação no Brasil nos últimos anos,¹⁰ em especial quanto a eventual gasto excessivo direcionado a essas áreas em comparação aos demais países da América Latina e Caribe e à média dos países-membros da OCDE.

3 HÁ GASTO PÚBLICO EXCESSIVO NESSAS ÁREAS?

A ideia de emendar a CF/1988 para desvincular as despesas mínimas em saúde e educação assume, necessariamente, uma das seguintes premissas (ou as duas conjuntamente): i) o volume de despesas nessas áreas está acima do desejável; e ii) outras áreas deveriam ter prioridade na disputa dos recursos orçamentários, sempre escassos em relação à demanda.

Quanto à prioridade das áreas de saúde e educação, trata-se de construção histórica de valorização e proteção de direitos fundamentais, sedimentada nos dispositivos constitucionais explorados na seção anterior.¹¹ A revisão de tal priorização é assunto que ultrapassa o objetivo deste estudo.¹² No que concerne à avaliação quanto à suficiência do volume de despesas atualmente direcionado a essas áreas, interessa observar como se dá a participação dessas despesas sobre o total das despesas governamentais e a sua representatividade sobre o produto interno bruto (PIB), métricas possíveis de comparação entre países.

A tabela 1 aponta a participação das funções saúde e educação sobre o total dos orçamentos fiscal e da seguridade social e sobre cada um separadamente, considerando apenas o orçamento da União.

TABELA 1
Participação de saúde e educação sobre os orçamentos da União (2010-2019)
(Em %)

Exercício	Fiscal educação	Seguridade educação	Total educação	Seguridade saúde	Total saúde
2010	3,69	2,79	3,40	13,09	4,27
2011	3,75	2,80	3,44	13,45	4,42
2012	4,09	2,74	3,63	13,37	4,53

(Continua)

9. EC nº 108, de 26 de agosto de 2020, que dispõe, entre outras coisas, sobre o Fundeb.

10. Quando disponível, foi selecionado o exercício de 2019 como termo final da série histórica para evitar análises distorcidas em razão da ocorrência do estado de calamidade pública relacionado à pandemia do coronavírus (covid-19), reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6/2020.

11. Sobre o dever estatal de progressividade e vedação de retrocesso para os direitos à saúde e à educação, ver Pinto (2017).

12. Uma abordagem interessante sob essa perspectiva está em Peres e Santos (2020).

(Continuação)

Exercício	Fiscal educação	Seguridade educação	Total educação	Seguridade saúde	Total saúde
2013	4,63	2,78	3,97	12,97	4,68
2014	4,09	2,77	3,65	13,01	4,30
2015	4,23	2,95	3,80	13,13	4,46
2016	3,82	2,90	3,51	12,64	4,21
2017	4,37	3,04	3,87	12,02	4,49
2018	4,28	3,11	3,85	12,19	4,45
2019	4,30	3,07	3,84	12,12	4,56

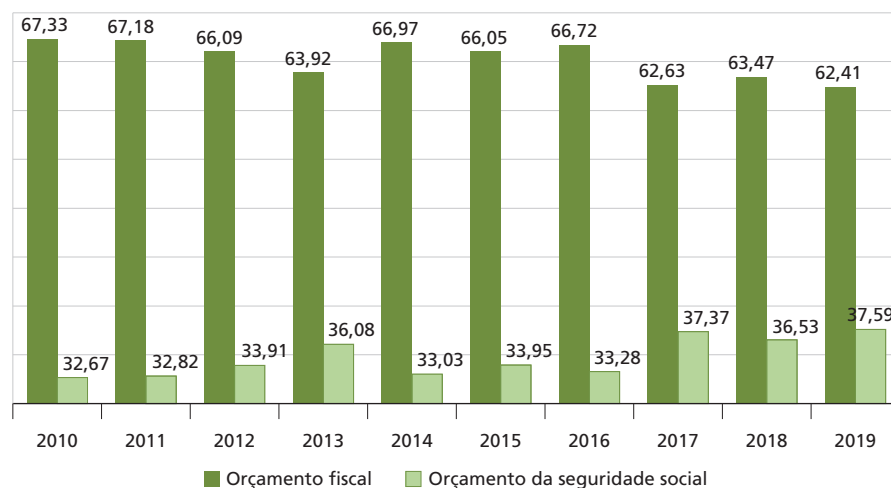
Fonte: Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop) Gerencial.

É possível notar o avanço da participação da função educação sobre os orçamentos fiscal e da seguridade social, enquanto a participação da função saúde no orçamento da seguridade social caiu, embora a participação sobre o total também tenha crescido. Isso porque a participação do orçamento da seguridade social sobre o total cresceu no período analisado, conforme exposto no gráfico 1.

GRÁFICO 1

Orçamento da União: participação por esfera (2010-2019)

(Em %)

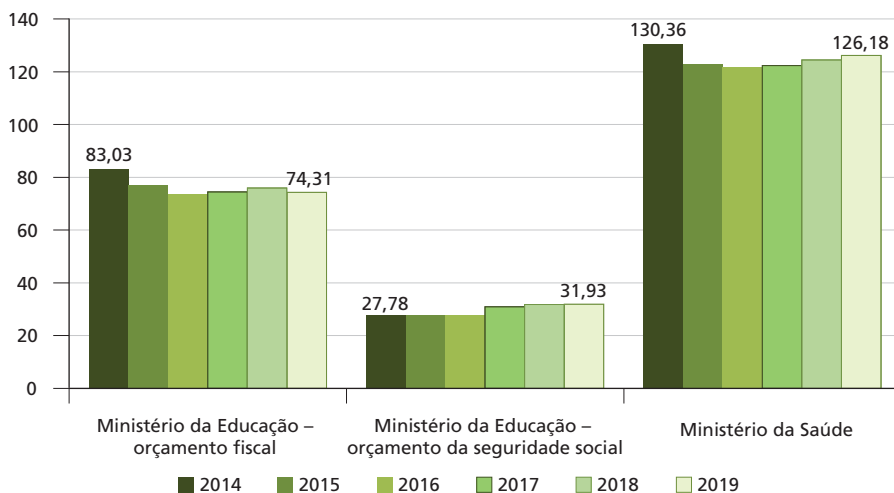


Fonte: Siop Gerencial.

Apesar de a participação das funções saúde e educação ter crescido no período analisado, os valores liquidados, em termos reais, caíram. As despesas com saúde passaram de R\$ 130,4 bilhões, em 2014, para R\$ 126,2 bilhões, em 2019. Em educação, o gasto passou de R\$ 110,8 bilhões, em 2014, para R\$ 106,2 bilhões,

em 2019. Houve um decréscimo de cerca de R\$ 8,8 bilhões, em valores reais, nos valores gastos em saúde e educação no período analisado.

GRÁFICO 2
Evolução dos valores reais liquidados em saúde e educação (2014-2019)
(Em R\$ bilhões)



Fonte: Siop Gerencial.

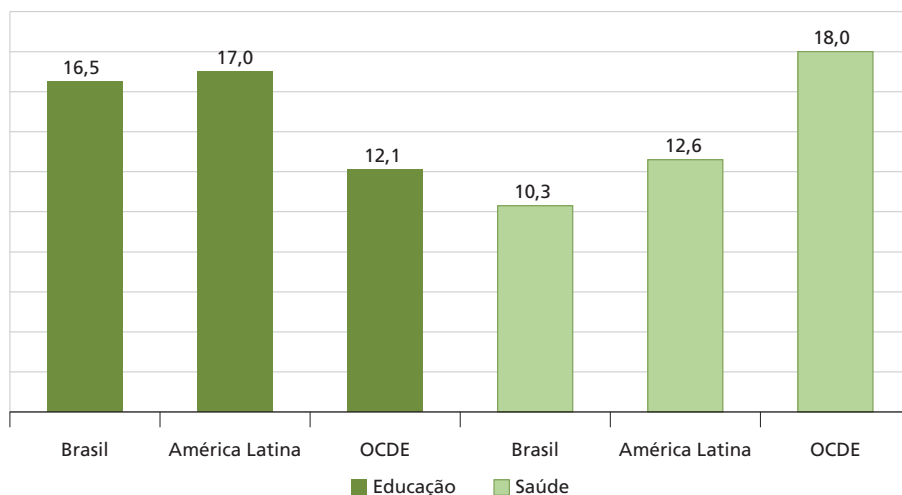
Obs.: Valores corrigidos para dezembro de 2019 pelo IPCA.

A queda nos valores totais gastos em educação deve-se exclusivamente ao comportamento identificado no orçamento fiscal. Já no orçamento da seguridade social, os gastos passaram de R\$ 27,8 bilhões, em 2014, para R\$ 31,9 bilhões, em 2019. Assim, é possível afirmar que, apesar de as regras atuais favorecerem a proteção das despesas com saúde e educação, o que se verifica pela ampliação da participação dessas áreas sobre o total dos orçamentos fiscal e da seguridade e pela proteção frente ao avanço dos gastos tributários, como demonstrado no capítulo 14, escrito por Lucas Rech, essa proteção não foi suficiente para a manutenção dos valores reais aplicados pela União no período.

A forma de implementação dessas políticas ajuda a explicar tais números: na educação, há uma forte participação da União na provisão do ensino superior e, durante a primeira década dos anos 2000, houve uma significativa expansão dessa rede de instituições; na saúde, por sua vez, a União não provém diretamente a maioria dos serviços, estes são ofertados por estados, Distrito Federal e municípios, dessa forma, não há uma pressão imediata sobre seus desembolsos. O gráfico 3 apresenta uma comparação do Brasil com os países da América Latina e Caribe e os membros da OCDE com relação à participação dos gastos governamentais em saúde e educação no total dos gastos governamentais, referente a 2017.

GRÁFICO 3

Participação de saúde e educação no total dos gastos governamentais (2017)
(Em %)



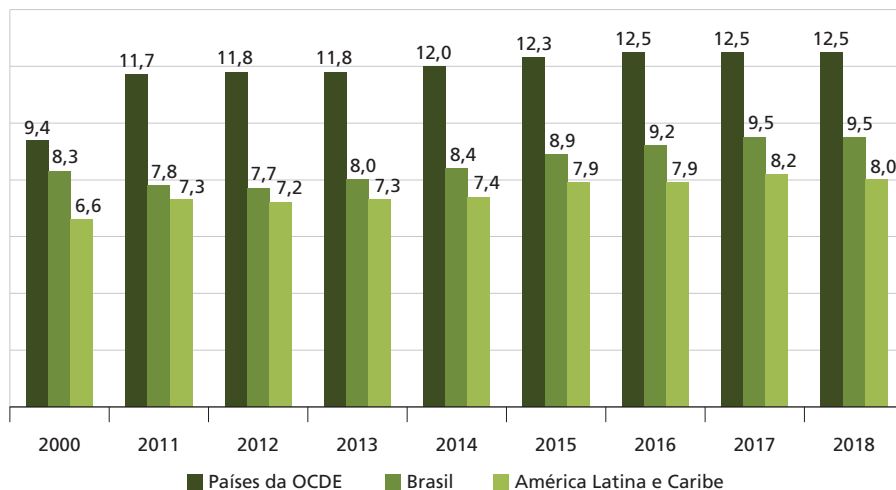
Fonte: World Development Indicators. Disponível em: <<https://databank.worldbank.org>>.

Enquanto a participação dos gastos em educação no Brasil está em patamar substancialmente superior ao observado na média dos países-membros da OCDE e próximo ao observado em países da América Latina e Caribe, no caso da saúde, a participação observada no Brasil está em patamar consideravelmente inferior não só em comparação aos países-membros da OCDE mas também em relação aos países da sua própria região.

3.1 Saúde

Ao analisar o gasto nacional (União, estados e municípios), verifica-se que as despesas totais com saúde cresceram em relação ao PIB nos últimos anos, representando 9,5% do PIB em 2017 e 2018. É um volume inferior à média dos países da OCDE, que esteve em 12,5% do PIB de 2016 a 2018.

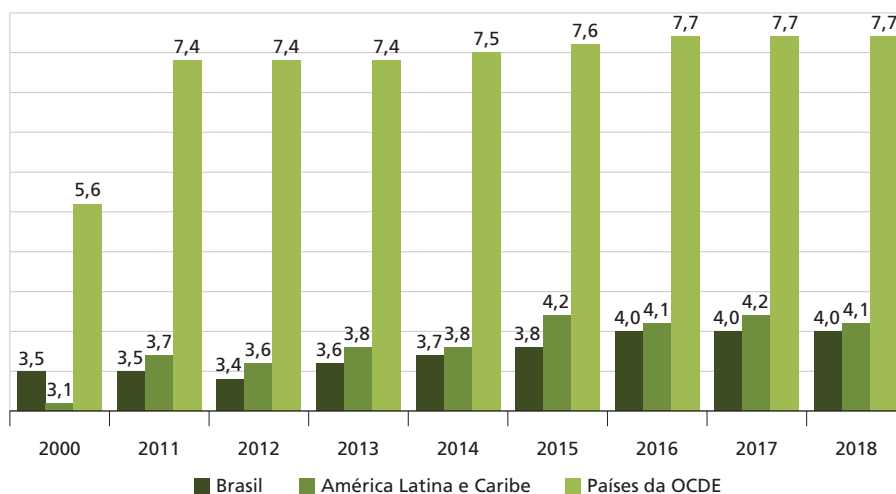
GRÁFICO 4
Gastos em saúde
(Em % do PIB)



Fonte: World Development Indicators. Disponível em: <<https://databank.worldbank.org/>>.

Considerando apenas os gastos públicos como proporção do PIB, os valores no Brasil também são sensivelmente menores à média dos países da OCDE e estão abaixo inclusive da média de gastos na região da América Latina e Caribe, conforme gráfico 5.

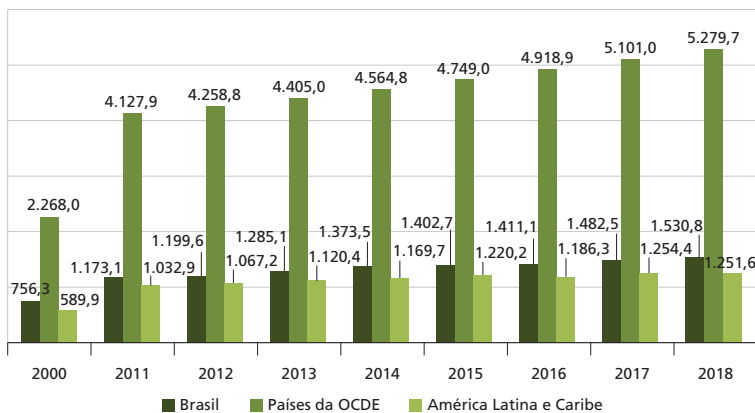
GRÁFICO 5
Gastos governamentais em saúde
(Em % do PIB)



Fonte: World Development Indicators. Disponível em: <<https://databank.worldbank.org/>>.

Na análise dos gastos em saúde *per capita* pela paridade do poder de compra (PPC), o valor no Brasil representa apenas cerca de 29% do valor gasto em média nos países da OCDE, mas está ligeiramente acima da média dos países da América Latina e Caribe.

GRÁFICO 6
Gastos em saúde *per capita*
(Em US\$ correntes)¹

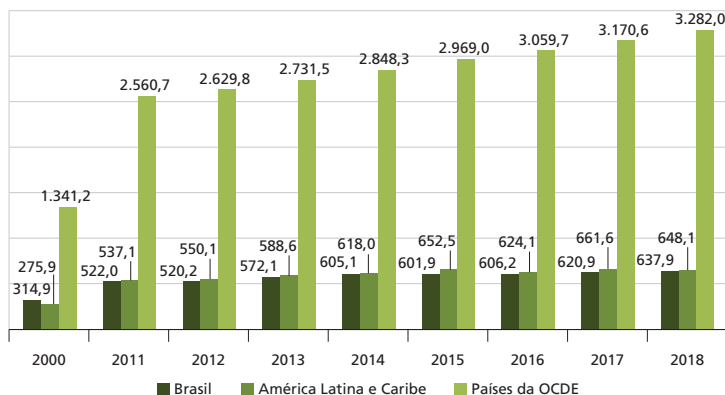


Fonte: World Development Indicators. Disponível em: <<https://databank.worldbank.org/>>.

Nota: ¹ Valores equivalentes à PPC.

Considerando apenas o gasto governamental *per capita*, o valor no Brasil representa 19,4% do valor médio verificado em países da OCDE e também é inferior à média dos países da América Latina e Caribe.

GRÁFICO 7
Gasto governamental em saúde *per capita*
(Em US\$ correntes)¹



Fonte: World Development Indicators. Disponível em: <<https://databank.worldbank.org/>>.

Nota: ¹ Valores equivalentes à PPC.

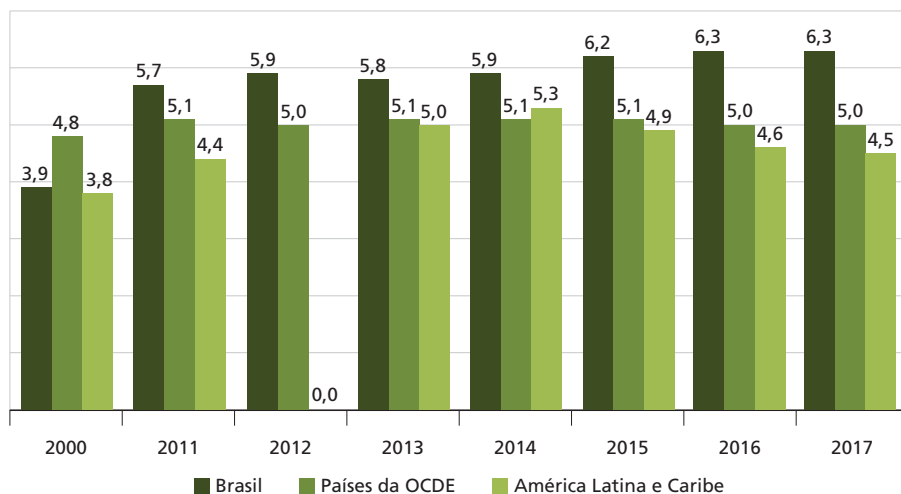
Conforme demonstrado pelos gráficos anteriores e amplamente reconhecido pela literatura (Vieira, 2020; Vieira *et al.*, 2020; Romão, 2019; Briones e Sousa, 2020), quando se compara o gasto público brasileiro *per capita* com aqueles realizados por países que se dispuseram a implementar sistemas universais, verifica-se que os dispêndios brasileiros estão abaixo da média internacional.

De fato, conforme apontam Rocha, Furtado e Spínola (2019, p. 10), enquanto em países que adotam variações de sistemas universais e gratuitos o gasto público representa não menos que 70% do total do gasto em saúde, no Brasil a proporção do gasto público está pouco acima de 40%.

3.2 Educação

Já na área da educação, os gastos públicos como proporção do PIB no Brasil estão em patamar superior à média observada em países da OCDE em cerca de 26% e acima da média dos países da América Latina e Caribe, em cerca de 40%.

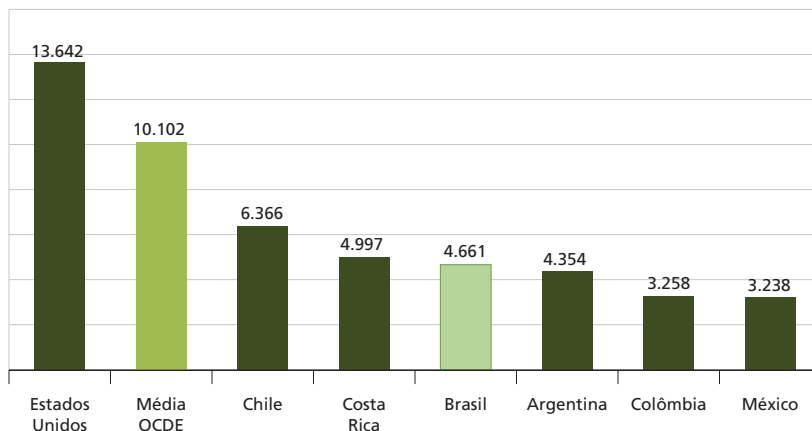
GRÁFICO 8
Gastos governamentais em educação
(Em % do PIB)



Fonte: World Development Indicators. Disponível em: <<https://databank.worldbank.org/>>.

Contudo, o gasto público por estudante no Brasil é menos da metade do verificado em países da OCDE, quando medido em PPC, mas acima de países vizinhos, como Argentina e Colômbia.

GRÁFICO 9
Gasto por estudante em instituições públicas
(Em US\$ correntes)¹

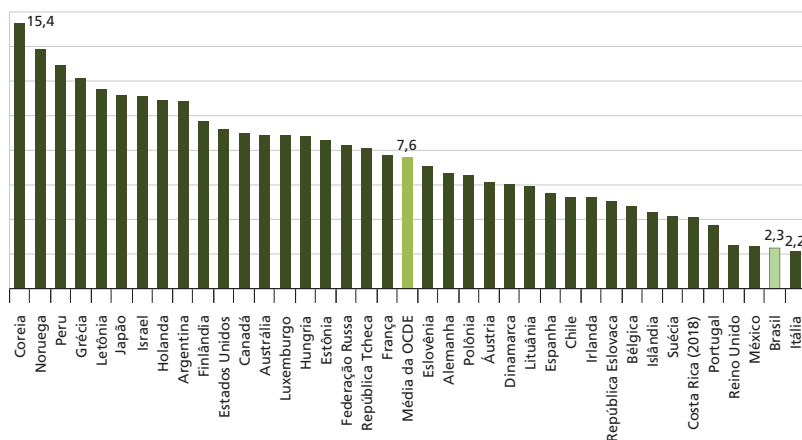


Fonte: OECD (2020).

Nota: ¹ Valores equivalentes à PPC.

Segundo OECD (2020), entre 2012 e 2017, o Brasil ampliou em mais de 40% os gastos em ensino superior (como proporção do PIB), enquanto, no mesmo período, houve uma pequena queda nas despesas com o ensino básico. O mesmo estudo aponta que a participação dos investimentos nas despesas em educação no Brasil, em 2017, foi a segunda menor entre os países analisados, à frente apenas da Itália.

GRÁFICO 10
Taxa de investimento em instituições públicas (2017)
(Em %)



Fonte: OECD (2020).

Se há controvérsia quanto à suficiência dos gastos em educação, é possível afirmar que a aplicação desses recursos não está submetida a regras rígidas, havendo considerável margem de decisão entre os entes e mesmo entre unidades escolares (Gracindo e Monlevade, 2013, p. 61). Em estudo realizado em 2018, o Conselho Nacional de Secretários de Educação demonstrou que há margem de gerenciamento, inclusive em relação à folha de pagamentos dos servidores ativos, e que variáveis como estrutura de carreira, crescimento vegetativo, absenteísmo e número de professores temporários, por exemplo, demonstraram pouco impacto no crescimento da folha de pagamento (Franzese *et al.*, 2018, p. 44).

Nessa linha de argumentação, estudo da Secretaria do Tesouro Nacional realizado em 2018 aponta evidências de que não haveria correlação necessária entre a ampliação das despesas e a melhor qualidade da educação, destacando o exemplo da cidade de Sobral, no estado do Ceará, que apesar de aplicar valor menor do que a média no seu próprio estado, apresenta os melhores índices de desempenho no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb),¹³ aspecto também destacado por Castoni, Cardoso e Cerqueira (2021).

No entanto, os mesmos autores apontam preocupação quanto à ponderação da distribuição de recursos pelo bom desempenho, devido ao risco de ampliação das desigualdades. Dada a extensão do país e as disparidades mesmo entre municípios pertencentes à mesma Unidade Federativa, parece necessária a constante revisão dos parâmetros de distribuição dos recursos, inclusive por meio do Fundeb, considerando o desafio de que todos os municípios atinjam índices mínimos de qualidade na educação (Alves, Silveira e Schneider, 2019; Politi, 2019).

Diante dos dados levantados, não é possível afirmar que a flexibilização ou revogação dos pisos constitucionais seja justificada em razão de gastos excessivos nas áreas da saúde e educação. Pelo contrário, especialmente em saúde, o subfinanciamento público é verificado sob qualquer parâmetro de análise, seja em proporção do PIB, em gasto *per capita*, em participação nas despesas governamentais ou em preservação dos valores reais.

Já em educação, embora as despesas públicas em proporção do PIB sejam superiores à média dos países da OCDE, os gastos por aluno são substancialmente inferiores, bem como a participação dos investimentos nestes gastos. Ademais, apesar do crescimento da participação das despesas com educação sobre as despesas governamentais, a proporção no Brasil ainda é inferior à verificada nos países da América Latina e Caribe, embora superior à média dos países da OCDE.

Na seção seguinte, o objetivo é identificar possíveis relações entre a governança orçamentária estabelecida para saúde e educação e os resultados dessas

13. Ver Brasil (2018) para mais informações.

políticas públicas que poderiam justificar a revisão da garantia constitucional de aplicação mínima de recursos. Em suma, verificar se o bem-estar social atingido justificaria alterar a governança orçamentária vigente, para dar menor proteção ao financiamento dessas áreas.

4 OS INDICADORES DE RESULTADO JÁ ATINGIRAM NÍVEIS SATISFATÓRIOS?

Os aspectos analisados nas seções anteriores, marco normativo e financiamento das políticas de saúde e educação, devem compor uma estratégia voltada a garantir a proteção a esses direitos sociais. Nesta seção, portanto, serão examinados indicadores de resultado dessas políticas reconhecidos internacionalmente, a fim de identificar possível relação com as regras adotadas a partir da CF/1988.¹⁴

Alguns esclarecimentos se fazem necessários sobre o conceito de resultado e a escolha dos indicadores. Neste trabalho, conforme conceito utilizado pela Organização das Nações Unidas (UNDG, 2011, p. 7), resultado é tido como uma alteração de um estado de coisas a partir de uma relação de causa e efeito, que pode ser intencional ou não, positiva ou negativa. Podem ser de três tipos: *outputs* (produtos, bens e/ou serviços), *outcomes* (efeito direto provocado pelos *outputs*) e *impacts* (impactos ou efeitos de longo prazo).

Admitido esse referencial, foram selecionados indicadores aptos a demonstrar, inclusive em comparação a países selecionados, o bem-estar social relacionado às áreas de saúde e educação, ou o estágio de desenvolvimento das políticas públicas associadas. É preciso reconhecer, contudo, que alguns indicadores, especialmente os de impacto, são resultantes de diversos fatores econômicos e sociais, sendo que as despesas públicas em políticas específicas não encerram, em absoluto, a identificação de causas e explicações determinantes.

No entanto, parece razoável admitir que a governança orçamentária caracterizada nas seções anteriores (bem como a eventual revogação ou flexibilização da aplicação mínima de recursos) exerça influência relevante nos resultados aqui selecionados.

4.1 Saúde

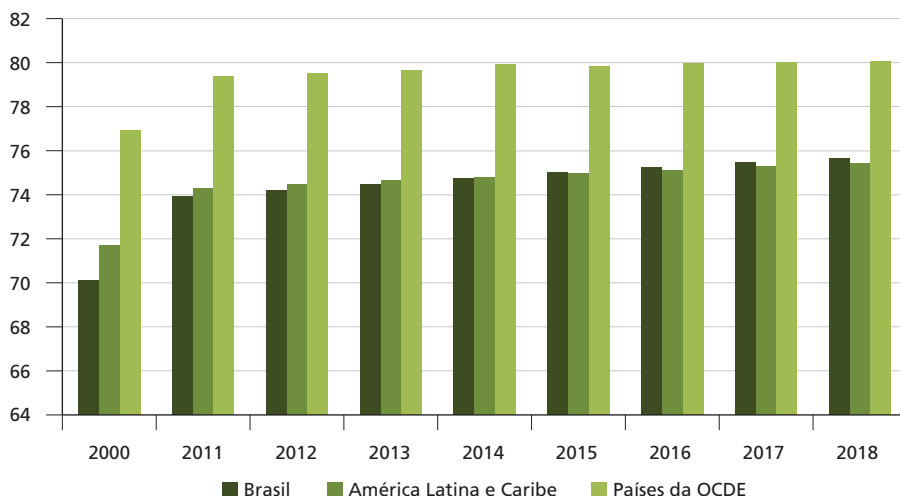
Ao analisar indicadores da área da saúde, em comparação a países selecionados, tem-se que o Brasil conseguiu, nos últimos vinte anos, ampliar sua expectativa de vida ao nascer,¹⁵ saindo de 70 anos em 2000 para 75 anos em 2018, equiparando-se

14. Há que se reconhecer que avaliar resultados e impactos em políticas públicas não é uma tarefa trivial. Nesse sentido, foram buscados indicadores consagrados em seus respectivos campos, que, a partir das mensurações realizadas, pudessem apontar a eficácia e efetividade da política, programa ou projeto.

15. De acordo com a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), a expectativa de vida ao nascer expressa o número médio de anos que se esperaria que um recém-nascido vivesse. Ou seja, representa uma medida sintética da mortalidade, não estando afetada pelos efeitos da estrutura etária da população, como acontece com a taxa bruta de mortalidade. Sendo que o aumento da esperança de vida ao nascer sugere melhoria das condições de vida e de saúde da população.

à média dos países da América Latina e Caribe. Todavia, ainda continuamos vivendo, em média, cinco anos menos que os residentes em países da OCDE – em 2000, essa diferença era de sete anos.

GRÁFICO 11
Expectativa de vida ao nascer
(Em anos de vida)



Fonte: World Development Indicators. Disponível em: <<https://databank.worldbank.org/>>. Elaboração dos autores.

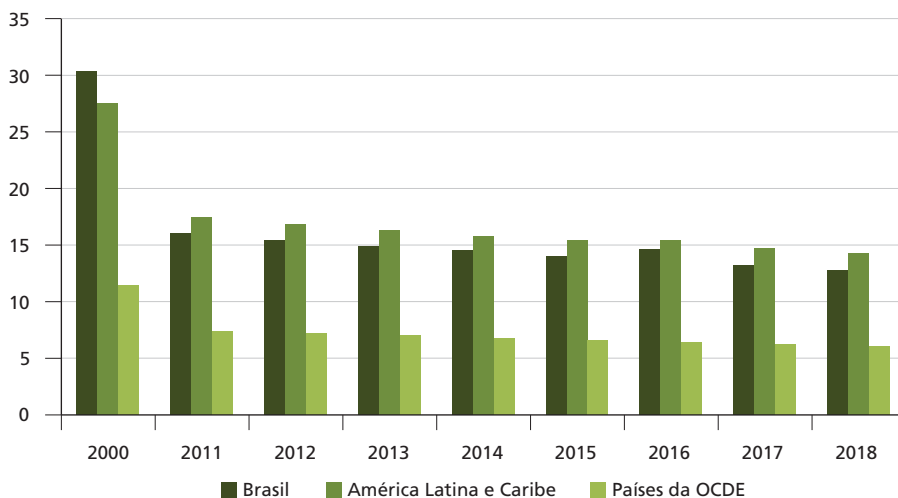
De acordo com Corrêa e Miranda-Ribeiro (2017), a ampliação da expectativa de vida no Brasil ocorreu por conta da queda da mortalidade por todas as causas consideradas, em praticamente todos os grupos etários. No entanto, as autoras ponderam que essa redução não se deu de maneira uniforme entre os grupos populacionais analisados a partir de recortes de gênero e idade e chamam atenção para a necessidade de políticas específicas que lidem com as especificidades de cada grupo.

Outro indicador importante para avaliar a qualidade das políticas públicas de saúde de um país é a taxa de mortalidade infantil.¹⁶ Conforme demonstrado no gráfico 12, o Brasil saiu de uma taxa de 30% em 2000 para 12,80% em 2018, uma redução de mais de 55%, tendo inclusive, atualmente, uma taxa inferior à dos países da América Latina e Caribe. No entanto, quando se compara com os países da OCDE, verifica-se que o número brasileiro ainda é muito alto – o dobro do observado nesses países. As desigualdades socioeconômicas, associadas à alta

16. De acordo com a Ripsa, a taxa de mortalidade infantil estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. Reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.

proporção de evitabilidade, ainda geram elevados riscos em grupos populacionais específicos, o que ajuda a explicar a persistência de números tão altos, como aponta Ramalho (2014).

GRÁFICO 12
Taxa de mortalidade infantil
(Em 1 mil nascidos vivos)



Fonte: World Development Indicators. Disponível em: <<https://databank.worldbank.org/>>. Elaboração dos autores.

Estudo recente (OECD, 2019) disponibiliza uma série de informações sobre estrutura e serviços de saúde, evidenciando a defasagem do Brasil em relação à média dos países da OCDE em todos os indicadores considerados, conforme tabela 2.

TABELA 2
Comparação Brasil e OCDE: indicadores selecionados de oferta de serviços de saúde

Indicador	Brasil	OCDE
Médicos na ativa (por 1 mil habitantes)	1,8	3,5
Profissionais de enfermagem na ativa (por 1 mil habitantes)	1,5	8,8
Profissionais de enfermagem/médicos	0,8	2,7
Consultas médicas anuais (por habitantes)	2,8	6,8
Equipamentos de tomografia (por milhões de habitantes)	15,0	27,0
Equipamentos de ressonância magnética (por milhões de habitantes)	7,0	17,0
Leitos hospitalares (por 1 mil habitantes)	2,3	4,7

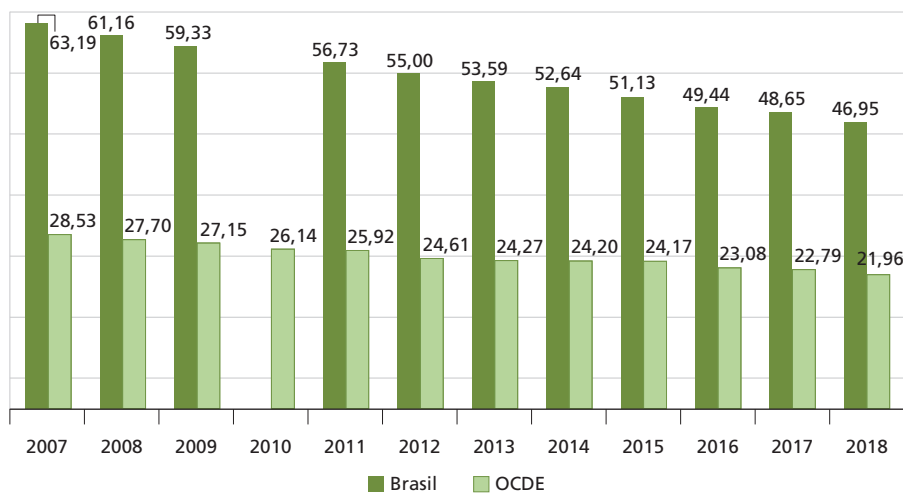
Fonte: OECD (2019). Elaboração dos autores.

O panorama dos indicadores, não obstante o progressivo e constante aprimoramento dos resultados, demonstra que a oferta de bens e serviços no país e as condições de saúde da população brasileira ainda estão em patamar significativamente inferior à média dos países da OCDE, não podendo justificar propostas de flexibilização ou extinção das garantias de financiamento.

4.2 Educação

Ao analisar a série histórica recente da proporção da população adulta que não completa a educação básica, nota-se uma importante evolução positiva no Brasil, com queda acentuada, de cerca de 25%, entre 2007 e 2018, mas ainda distante da proporção observada nos países da OCDE, conforme gráfico 13.

GRÁFICO 13
População adulta que não completou o ensino médio (2007-2018)
(Em %)



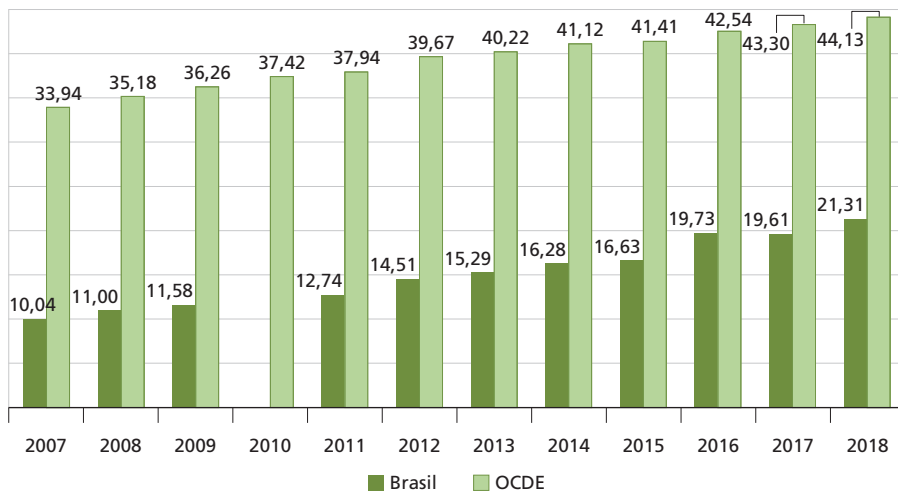
Fonte: OCDE. Disponível em: <<https://data.oecd.org/eduatt/adult-education-level.htm>>. Elaboração dos autores.

Evolução ainda mais significativa ocorreu na proporção de adultos entre 25 e 34 anos com ensino superior, que passou de 10,04% em 2007 para 21,31% em 2018, um salto de 112%. Ainda assim, o índice brasileiro é menos da metade do observado nos países da OCDE, conforme gráfico 14.

GRÁFICO 14

População entre 25 e 34 anos com ensino superior (2007-2018)

(Em %)



Fonte: OCDE. Disponível em: <<https://data.oecd.org/eduatt/population-with-tertiary-education.htm#indicator-chart>>. Elaboração dos autores.

Um dos principais indicadores de resultado disponíveis no Brasil é o Ideb, que foi criado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) com o objetivo de medir a qualidade do aprendizado nacional e estabelecer metas para a melhoria do ensino. Segundo Alves e Soares (2013), desde 1990 o Brasil já promovia avaliações educacionais externas em larga escala e cita como exemplo a implantação do Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb) também pelo Inep.

A tabela 3 apresenta a evolução do Ideb para os anos iniciais do ensino fundamental e verifica-se, de maneira geral, o cumprimento das metas estabelecidas no PNE. A exceção fica por conta da rede de ensino privada, que desde 2011 não tem alcançado o parâmetro estabelecido. Há que se destacar, contudo, que as metas dessa rede são superiores às das demais, o que poderia explicar parte da dificuldade em alcançá-las.

TABELA 3
Ideb observado e metas previstas no PNE para os anos iniciais do ensino fundamental, por dependência administrativa

	Ideb observado							Metas do PNE						
	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Total	4,2	4,6	5,0	5,2	5,5	5,8	5,9	3,9	4,2	4,6	4,9	5,2	5,5	5,7
Dependência administrativa														
Estadual	4,3	4,9	5,1	5,4	5,8	6,0	6,1	4,0	4,3	4,7	5,0	5,3	5,6	5,9
Municipal	4,0	4,4	4,7	4,9	5,3	5,6	5,7	3,5	3,8	4,2	4,5	4,8	5,1	5,4
Privada	6,0	6,4	6,5	6,7	6,8	7,1	7,1	6,0	6,3	6,6	6,8	7,0	7,2	7,4
Pública	4,0	4,4	4,7	4,9	5,3	5,5	5,7	3,6	4,0	4,4	4,7	5,0	5,2	5,5

Fonte: Saeb e Censo Escolar.
Elaboração: Inep.

Para os anos finais do ensino fundamental, os resultados obtidos não têm sido tão bons: a rede privada não alcança a meta desde 2009 e as demais redes, desde 2013. Todavia, ainda se observa uma lenta melhora no indicador, como pode ser visto na tabela 4.

TABELA 4
Ideb observado e metas previstas no PNE para os anos finais do ensino fundamental, por dependência administrativa

	Ideb observado							Metas do PNE						
	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Total	3,8	4,0	4,1	4,2	4,5	4,7	4,9	3,5	3,7	3,9	4,4	4,7	5,0	5,2
Dependência administrativa														
Estadual	3,6	3,8	3,9	4,0	4,2	4,5	4,7	3,3	3,5	3,8	4,2	4,5	4,8	5,1
Municipal	3,4	3,6	3,8	3,8	4,1	4,3	4,5	3,1	3,3	3,5	3,9	4,3	4,6	4,9
Privada	5,8	5,9	6,0	5,9	6,1	6,4	6,4	5,8	6,0	6,2	6,5	6,8	7,0	7,1
Pública	3,5	3,7	3,9	4,0	4,2	4,4	4,6	3,3	3,4	3,7	4,1	4,5	4,7	5,0

Fonte: Saeb e Censo Escolar.
Elaboração: Inep.

Para o ensino médio, os índices são ainda piores. Novamente, a rede privada não alcança a meta desde 2009 e as demais, desde 2013, sendo que até 2019 os desempenhos ficam próximos a uma estagnação. A partir de 2019, retoma-se o crescimento, mas ainda muito distante da meta prevista, conforme demonstra a tabela 5.

TABELA 5
Ideb observado e metas previstas no PNE para o ensino médio, por dependência administrativa

	Ideb observado							Metas do PNE						
	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Total	3,5	3,6	3,7	3,7	3,7	3,8	4,2	3,4	3,5	3,7	3,9	4,3	4,7	5,0
	Dependência administrativa													
Estadual	3,2	3,4	3,4	3,4	3,5	3,5	3,9	3,1	3,2	3,3	3,6	3,9	4,4	4,6
Privada	5,6	5,6	5,7	5,4	5,3	5,8	6,0	5,6	5,7	5,8	6,0	6,3	6,7	6,8
Pública	3,2	3,4	3,4	3,4	3,5	3,5	3,9	3,1	3,2	3,4	3,6	4,0	4,4	4,7

Fonte: Saeb e Censo Escolar.
Elaboração: Inep.

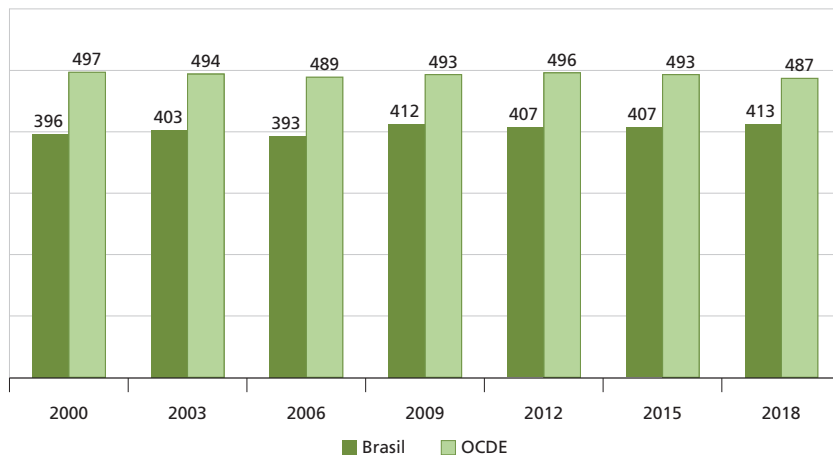
Em análise desses indicadores, Araújo, Codes e Uderman (2019) verificaram que as desigualdades regionais e locais ainda estão muito presentes na educação brasileira e defenderam um maior protagonismo da União na coordenação desses esforços. Para os autores

é necessária a criação de uma instância de gestão estratégica do plano, capaz de articular os entes federados, responsáveis pela implementação da educação em seus territórios. Esta articulação deve ter como foco principal o aprendizado dos estudantes, mediante trocas de experiências entre redes com diferentes desempenhos no Ideb (Araújo, Codes e Uderman, 2019, p. 26).

Para a comparação internacional, optou-se por utilizar os dados do Programa Internacional de Avaliação de Estudantes (Pisa), que é um estudo comparativo realizado a cada três anos pela OCDE. O Pisa avalia o desempenho dos alunos em três áreas: leitura, matemática e ciências. A última edição foi em 2018, tendo sido aplicada em 79 países. No Brasil, cerca de 10,7 mil estudantes de 638 escolas fizeram as provas. Os resultados dessa avaliação apontam que o Brasil tem baixa proficiência em leitura, matemática e ciências, quando comparado com os países que fazem parte da OCDE.

Em leitura, a média brasileira alcançou 413 em 2018, contra 487 dos países da OCDE, sendo que desde 2009 já se encontrava nesse patamar. Esses dados indicam que os estudantes brasileiros estão dois anos e meio abaixo dos países da OCDE em relação ao nível de escolarização de proficiência em leitura. Em comparação com os países sul-americanos, ocupa a segunda pior faixa do *ranking*, ao lado da Colômbia (412), e na última faixa estão Argentina (402) e Peru (401) (Inep, 2019).

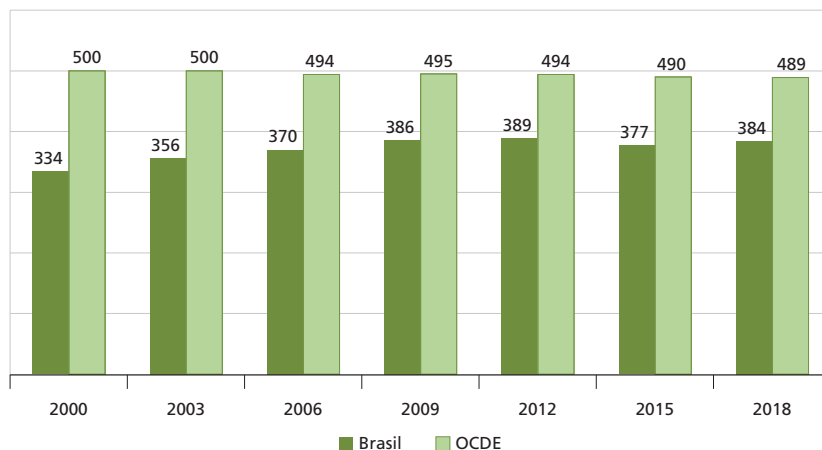
GRÁFICO 15
Brasil e OCDE: evolução da performance no Pisa – leitura



Fonte: Pisa 2018 e OCDE.
 Elaboração dos autores.

Em matemática, o Brasil atingiu em 2018 a nota de 384, enquanto os países da OCDE alcançaram 489. Isso significa que os estudantes brasileiros estão três anos e meio atrás desses países, quando o assunto é proficiência em matemática. Novamente, desde 2009 os resultados brasileiros não melhoram. Na América do Sul, o Brasil é o pior país em matemática, empatado estatisticamente com a Argentina (379). Uruguai (418), Chile (417), Peru (400) e Colômbia (391) estão à frente (Inep, 2019).

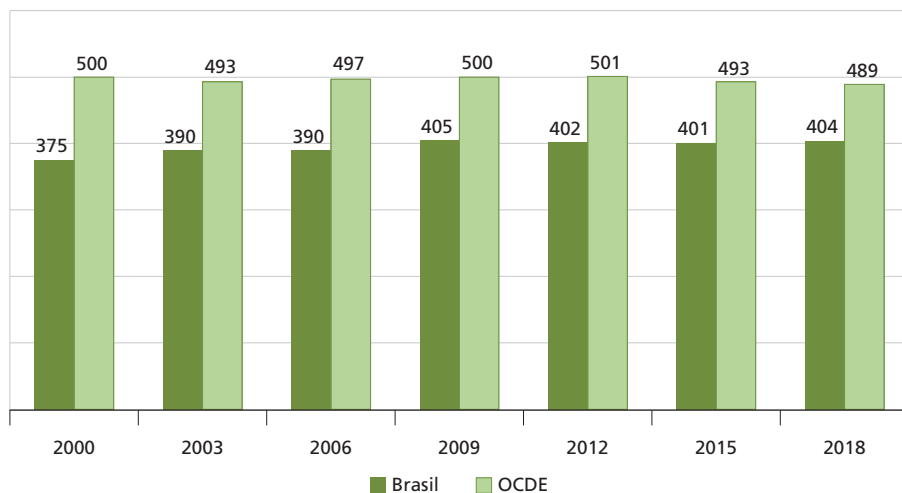
GRÁFICO 16
Brasil e OCDE: evolução da performance no Pisa – matemática



Fonte: Pisa 2018 e OCDE.
 Elaboração dos autores.

Em ciências, o Brasil também não vai bem: sua nota, em 2018, foi de 404, enquanto os países da OCDE alcançaram 489. Esses dados indicam que o país está três anos atrás da OCDE em termos de escolarização. Esses resultados (ruins) se mantêm estáveis desde 2009. Em comparação com os países da região, as médias brasileiras ficam em último lugar, junto com os vizinhos Argentina e Peru, com empate de 404 pontos. Estão melhor classificados Chile (444), Uruguai (426) e Colômbia (413) (Inep, 2019).

GRÁFICO 17

Brasil e OCDE: evolução da performance no Pisa – ciências

Fonte: Pisa 2018 e OCDE.
Elaboração dos autores.

Ao analisar os dados do Pisa 2015, Pietra *et al.* (2020) destacaram que as provas são realizadas por computador e os alunos são obrigados a responder às perguntas em sequência, ou seja, sem possibilidade de revisão do que foi respondido. O estudo concluiu que a péssima posição relativa do Brasil pode estar associada ao fato de que os estudantes brasileiros perdem muito tempo nas primeiras questões e, com isso, não conseguem chegar nas últimas, além das reconhecidas deficiências na formação em conhecimentos e habilidades.

Em relação ao ensino superior, no Brasil, apenas 21% da população entre 25 e 34 anos completa esse nível de ensino, enquanto a média nos países da OCDE é de 40%, conforme estudo recente (OECD, 2020). Esse mesmo estudo aponta que a maior diferença de rendimentos entre pessoas com ensino médio e ensino superior é justamente no Brasil, onde as pessoas com qualquer ensino superior ganham, em média, 2,4 vezes mais do que quem apenas completou o ensino médio. Quanto à parcela da população entre 25 e 64 anos que não completa o ensino

médio no Brasil, ela chega a 47%, enquanto a média nos países da OCDE ficou, em 2019, em 21,4%.¹⁷

Assim como na saúde, os indicadores considerados neste trabalho para a área da educação também não apontam para resultados em níveis satisfatórios em comparação à média dos países da OCDE. Nesse sentido, a alteração da governança orçamentária, especificamente para flexibilização ou revogação das regras de aplicação mínima de recursos, não encontra justificativas sob esse parâmetro de análise.

5 CONCLUSÕES

Este estudo procurou articular os campos jurídico-normativo, orçamentário-financeiro e de resultados com intuito de analisar a governança orçamentária nas áreas de saúde e educação, especialmente quanto ao debate acerca da flexibilização ou revogação da regra de aplicação mínima de recursos, conforme recentes proposições apresentadas no Congresso Nacional.

A partir dos dados levantados, foi possível observar que o Brasil avançou na garantia desses direitos à população, com melhora em diversos indicadores referentes às condições de saúde e educação, ainda que estejam distantes dos padrões observados nos países da OCDE. No caso da saúde, a insuficiência de financiamento público é verificada sob qualquer parâmetro de comparação, de forma que a flexibilização das regras de aplicação mínima deve, provavelmente, comprometer a oferta de serviços essenciais. No caso da educação, embora o volume de financiamento público, como proporção do PIB, esteja em patamar relativamente elevado, e a participação no total das despesas governamentais seja superior ao verificado na média dos países da OCDE, o investimento por aluno em instituições públicas é menos da metade do verificado nos membros desse grupo.

Com relação ao aspecto jurídico-normativo, ainda que saúde e educação contem com vinculações constitucionais, há algumas distinções. No caso da saúde, com a EC nº 95, os gastos da União foram congelados em valor equivalente a 15% da RCL da União para 2017, e são corrigidos apenas pelo IPCA, sendo que a definição para os entes subnacionais consta de lei complementar, que pode ser revista a cada cinco anos. No caso da educação, tem-se uma estabilidade maior das regras, com a definição do gasto mínimo tanto da União como dos entes subnacionais na própria CF/1988, que ainda estabelece uma subvinculação por meio do Fundeb, a qual contará com o crescimento da complementação da União nos próximos anos.

Avalia-se que, ao mesmo tempo em que as vinculações foram importantes para dar uma maior previsibilidade aos gastos, elas sozinhas não foram capazes de

17. Disponível em: <<https://data.oecd.org/eduatt/adult-education-level.htm#indicator-chart>>.

lidar com problemas de subfinanciamento e ineficiências alocativas. Muitas vezes o gasto mínimo se transformou em um teto, que impediu uma discussão mais aprofundada sobre a suficiência desses recursos para o cumprimento dos mandamentos constitucionais, como pode ser observado nas comparações internacionais apresentadas, sobretudo na área da saúde. Ao mesmo tempo, não se quer negar que, em ambos os casos, há espaço para ganhos de eficiência, com melhores práticas de gestão e novos arranjos e estratégias de financiamento, que podem ser promovidos por medidas infraconstitucionais e infralegais.

REFERÊNCIAS

- ABRÚCIO, F. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, p. 41-67, 2005.
- ALVES, M. T. G.; SOARES, J. F. Contexto escolar e indicadores educacionais: condições desiguais para a efetivação de uma política de avaliação educacional. **Educação e Pesquisa**, v. 39, n. 1, p. 177-194, mar. 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/3xu0fK6>>.
- ALVES, T.; SILVEIRA, A. A. D.; SCHNEIDER, G. Financiamento da educação básica: o grande desafio para os municípios. **Retratos da Escola**, v. 13, n. 26, p. 391-413, maio/ago. 2019. Disponível em: <<http://retratosdaescola.emnuvens.com.br/rde>>.
- AMORIM, D. A.; MENDES, A. Financiamento federal da atenção básica à saúde no SUS: uma revisão narrativa. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 12, p. 1-20, 17 abr. 2020.
- ARAÚJO, H. E.; CODES, A.; UDERMAN, L. **O Ideb como instrumento de gestão para uma educação de qualidade**: a educação brasileira vista pelas lentes do Ideb. Rio de Janeiro: Ipea, 2019. (Texto para Discussão, n. 2474).
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal; Centro Gráfico, 1988.
- _____. Ministério da Fazenda. **Aspectos fiscais da educação no Brasil**. Brasília: STN, 2018.
- BRIONES, F. M. A.; SOUSA, F. P. de. Iniquidades nas contribuições das fontes de financiamento da saúde na Pesquisa de Orçamentos Familiares no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 9, n. 2, p. 54-73, 2020. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/546>>.

CASTONI, R.; CARDOSO, M. A. S.; CERQUEIRA, L. de B. R. *Novo Fundeb. Educação e Políticas em Debate*, v. 10, n. 1, p. 280-298, 22 fev. 2021.

CASTRO, A. L. B. de; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, abr. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400012>>.

CORRÊA, É. R. P.; MIRANDA-RIBEIRO, A. de. Ganhos em expectativa de vida ao nascer no Brasil nos anos 2000: impacto das variações da mortalidade por idade e causas de morte. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 1005-1015, mar. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.26652016>>.

FRANZESE, C. *et al.* **Despesas com pessoal da educação nos estados brasileiros**. Brasília: Consed; Rio de Janeiro: Instituto Unibanco, 2018. Disponível em: <<https://www.consed.org.br/storage/download/5c1a2e676c921.pdf>>.

GRACINDO, R. V.; MONLEVADE, J. A. C. de M. **Gestão democrática nos sistemas e na escola**. 4. ed. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; Rede e-Tec Brasil, 2013.

INEP – INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Relatório do Brasil no Pisa/2018**: versão preliminar. Brasília: Inep, 2019.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no sistema de saúde brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>>.

MENDES, A. As categorias de repasses do financiamento federal do SUS e os critérios de rateio: história, mudanças recentes e propostas. *Revista Conasems*, n. 70, p. 42-45, out./dez. 2017.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. da S. Reflexões acerca do financiamento federal da atenção básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, v. 42, número especial, p. 224-243, set. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s115>>.

OCDE – ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Trabalhando com o Brasil**. Paris: OCDE, 2018. Disponível em: <<http://www.oecd.org/brazil/Active-with-Brazil-Port.pdf>>.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Health at a glance 2019**: OECD indicators. Paris: OECD Publishing, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>>.

_____. **Education at a glance 2020**: OECD indicators. Paris: OECD Publishing, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1787/69096873-en>>.

PAIVA, A.; GONZALEZ, R.; LEANDRO, J. G. Coordenação federativa e financiamento da política de saúde: mecanismos vigentes, mudanças sinalizadas e perspectivas para o futuro. **Novos Estudos Cebrap**, v. 36, n. 2, p. 55-81, out. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/nec/v36n2/1980-5403-nec-36-02-55.pdf>>.

PAULO, L. F. A. Planejamento estratégico e gestão por resultados: o caso do Ministério da Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 981-1007, 2016.

PERES, U. D.; SANTOS, F. P. dos. Gasto público e desigualdade social: o orçamento do governo federal brasileiro entre 1995 e 2016. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 35, n. 103, 2020.

PIETRA, G. A. C. di *et al.* O que explica o desempenho do Brasil no Pisa 2015? **Revista Brasileira de Economia**, v. 74, n. 2, p. 167-196, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0034-7140.20200010>>.

PINTO, É. G. **Financiamento dos direitos à saúde e à educação**: uma perspectiva constitucional. Belo Horizonte: Fórum, 2017.

PINTO, H. A. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 1, p. 35-53, 2018.

PIOLA, S. F. *et al.* **Financiamento público da saúde**: uma história à procura de rumo. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1846).

POLITI, R. B. O Fundeb e a desigualdade no financiamento do ensino fundamental nos municípios. *In*: CICLO DE SEMINÁRIOS FINANCIAMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA NO BRASIL, 2019, Brasília. **Anais...** Brasília: Comissão de Educação e Cultura da Câmara dos Deputados, 2019.

RAMALHO, W. M. **Desigualdades socioeconômicas e espaciais da mortalidade infantil no Brasil e Distrito Federal**. 2014. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

ROCHA, R.; FURTADO, I.; SPÍNOLA, P. **Garantindo o futuro da saúde no Brasil**: necessidades de financiamento e projeção de gastos. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2019. (Estudo Técnico, n. 1).

ROMÃO, A. L. P. A. O financiamento da saúde frente ao novo regime fiscal. **Revista de Direito Sanitário**, v. 20, n. 1, p. 86-106, 2019. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/164206>>.

SERVO, L. *et al.* Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. *In*: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Org.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011.

SILVA, M. C. da *et al.* Gastos com saúde: uma análise do cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000 pelos 100 municípios brasileiros mais populosos, no período de 2000 a 2008. **Revista de Administração, Contabilidade e Sustentabilidade**, v. 2, n. 1, p. 1-20, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.18696/reunir.v2i1.31>>.

UNDG – UNITED NATIONS DEVELOPMENT GROUP. **Results-based management handbook**: harmonizing RBM concepts and approaches for improved development results at country level. New York: UNDG, 2011.

VIEIRA, F. S. O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 127, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002414>>.

VIEIRA, F. S. *et al.* **Gastos em saúde e educação no Brasil**: impactos da unificação dos pisos constitucionais. Brasília: Ipea, 2020. (Texto para Discussão, n. 2596).

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 31 dez. 1990.

_____. Emenda Constitucional nº 14, de 12 de setembro de 1996. Modifica os arts. 34, 208, 211 e 212 da Constituição Federal e dá nova redação ao art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 set. 1996.

_____. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 dez. 1996.

_____. Lei nº 9.424, de 24 de dezembro de 1996. Dispõe sobre o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério, na forma prevista no art. 60, § 7º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 dez. 1996.

_____. Emenda Constitucional nº 53, de 19 de dezembro de 2006. Dá nova redação aos arts. 7º, 23, 206, 208, 211 e 212 da Constituição Federal e ao art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 dez. 2006.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 16 jan. 2012.

_____. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 dez. 2016.

_____. Emenda Constitucional nº 108, de 26 de agosto de 2020. Altera a Constituição Federal no que diz respeito à distribuição do ICMS entre estados e municípios, cria o Fundeb e altera artigo das ADCTs e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 ago. 2020.

_____. Emenda Constitucional nº 109, de 15 de março de 2021. Altera os arts. 29-A, 37, 49, 84, 163, 165, 167, 168 e 169 da Constituição Federal e os arts. 101 e 109 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias; acrescenta à Constituição Federal os arts. 164-A, 167-A, 167-B, 167-C, 167-D, 167-E, 167-F e 167-G; revoga dispositivos do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e institui regras transitórias sobre redução de benefícios tributários; desvincula parcialmente o superávit financeiro de fundos públicos; e suspende condicionalidades para realização de despesas com concessão de auxílio emergencial residual para enfrentar as consequências sociais e econômicas da pandemia da covid-19. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 mar. 2021.

CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Manifesto Conasems em defesa do Sistema Único de Saúde**: caixa único. Brasília: Conasems, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/3xoY8HO>>.

MATIJASCIC, M.; ROLON, C. E. K. **Indicadores de ensino básico brasileiros relativos aos objetivos de desenvolvimento sustentável numa perspectiva internacional comparada**. Brasília: Ipea, 2020. (Texto para Discussão, n. 2551).

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Constituição da Organização Mundial de Saúde**. Nova Iorque: ONU, 1946.

RIPSA – REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

