

UNIVERSIDADE TIRADENTES

ZÉLIO UNALDO SANTOS SANTANA

**O FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE PROPRIÁ/SE**

Propriá

2014

ZÉLIO UNALDO SANTOS SANTANA

**O FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE PROPRIÁ/SE**

Monografia apresentada à Universidade Tiradentes como um dos pré-requisitos para a obtenção do grau de bacharel em Direito.

Orientador: Msc Joańcio Álvaro da Silva Júnior

Propriá

2014

ZÉLIO UNALDO SANTOS SANTANA

**O FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE PROPRIÁ/SE**

Monografia apresentada à Universidade Tiradentes como um dos pré-requisitos para a obtenção do grau de bacharel em Direito.

Aprovada em ____/____/____

Banca Examinadora

Orientador:

Examinador:

Examinador

DEDICATÓRIA

À minha mãe, minha esposa e meus filhos

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a DEUS pela vida, por me dar força, saúde, a perseverança necessários ao alcance de mais essa etapa em minha trajetória.

À minha mãe, MARIA, minha heroína, guerreira, minha vida, que sempre acreditou no meu sucesso, mesmo diante das dificuldades por que passamos ao longo da vida.

A minha esposa, APARECIDA, razão do meu viver, pela paciência e dedicação que me proporcionaram trilhar cada etapa dessa jornada: “essa vitória também é sua meu amor”.

Aos meus amigos RENATA e RENATO, MARCOS, ADILMO E FÁBIO pela parceria, compreensão e ajuda cotidiana.

As minhas irmãs ANA E JOCASTA que juntamente com minha cunhada FABIANE e minha segunda mãe MARIAZINHA, que ampararam com carinho, amor e dedicação os meus três presentes divinos, meus filhos, DAVI, DAFNE E DOUGLAS.

A todos os meus colegas de curso, que compartilharam comigo esse desafio, e, em especial, a mais um irmão com que o Senhor me agraciou, meu brother mais novo WALBER que juntamente com a bela e sábia RHAQUEL me incentivaram nos momentos mais difíceis do curso.

Ao meu orientador, pela atenção, parceria e dedicação na realização desse trabalho.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.
(Martin Luther King)

RESUMO

O escopo do presente estudo é verificar o cumprimento da Emenda Constitucional 29/2000 no município de Propriá, nos anos de 2005, 2009 e 2013. Como direito fundamental, a saúde trouxe para o Estado, a partir da Constituição de 1988, a necessidade de uma definição mais clara nas regras de co-financiamento das ações e serviços de saúde no Brasil, conforme definido no parágrafo 1º do artigo 198 da CF. Para atender as premissas da universalidade, integralidade, equidade, participação popular e descentralização, foi concebido o Sistema Único de Saúde - SUS, implementado com a criação da Lei nº 8.080/90. Mesmo alçada a condição de direito social imprescindível para a garantia do bem estar físico e psíquico dos brasileiros, a saúde passou por diversas dificuldades no aporte de recursos para sua operacionalização. Um dos pontos mais críticos ocorreu em 1993 quando o Ministério da Previdência Social não repassou os 30% dos recursos da Seguridade Social determinados pela lei para manutenção da saúde, em virtude de uma crise fiscal. Diante desses fatos e após vários incidentes no aporte desses recursos, surge a proposta de Emenda à Constituição, denominada EC 29/00. Buscou-se com esse dispositivo, através de alteração dos parágrafos 2º e 3º do artigo 198 da CF, regular, de forma precisa, os entraves jurídicos que não permitiram ao longo desse período a efetivação do dever pátrio a saúde: o estabelecimento dos percentuais mínimos de receita sob a responsabilidade dos entes da federação e a sua fonte; a definição do que poderia ser concebido como ações e serviços de saúde. Note-se que, segundo o parágrafo 1º, artigo 5º da CF, as leis que definem direito fundamental são de aplicabilidade imediata, premissa não observada no direito constitucional à saúde. De efeito não vinculativo e no intuito de proporcionar orientação consolidada aos municípios e aos Estados sobre as lacunas da lei, foi aprovada, por entendimento dos órgãos colegiados deliberativos do Conselho Nacional de Saúde – CNS, a Resolução 316/2002, substituída posteriormente pela Resolução 322/2003. Com a edição da Lei Complementar 141 em 13 de janeiro de 2012, inicia-se, vinte e quatro anos após a promulgação da Constituição Cidadã, um novo marco regulatório para a saúde no país, estabelecendo-se normas orientadoras claras da execução financeira da saúde, traduzidas na nova redação dada ao artigo 198, § 3º da Constituição Federal de 1988. Atendendo ao preceito democrático da participação social, previu também as leis nº 8.080/90 e 8.142/90 a instituição dos Conselhos de Saúde, compostos de forma paritária. Para acompanhamento e fiscalização dos gastos com saúde, é criado um sistema de informações específico, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS que traz entre suas funcionalidades, a emissão do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, onde consta o percentual de aplicação de recursos próprios em saúde, com envio das informações para cada conselheiro pré-cadastrado na base do programa durante a inserção dos dados pela União, Estados e Municípios. Através dessa ferramenta, foram analisados os exercícios financeiros da saúde no município de Propriá nos anos de 2005, 2009 e 2013.

Palavras chave: Constituição, Financiamento, Saúde.

ABSTRACT

The scope of this study is to verify compliance with the Constitutional Amendment 29/2000 in the municipality of Propriá, in the years 2005, 2009 and 2013. As a fundamental right, health brought into the State from the 1988 Constitution, the need for more clearly defined in the rules of co-financing of health activities and services in Brazil, as defined in paragraph 1 of Article 198 of the CF. To meet the assumptions of universality, comprehensiveness, equity, popular participation and decentralization, was conceived the National Health System, NHS, implemented with the creation of its organic law, Law 8.080 / 90. Even heave the condition of essential social duty to guarantee the physical and psychological welfare of Brazilians health went through various difficulties in allocation of funds for its operation. One of the most critical issues occurred in 1993 when the Ministry of Social Welfare did not pass the 30% of Social Security funds established by law to maintain health, because of a fiscal crisis. Given these facts, and after several incidents in the contribution of these features, the proposed Amendment to the Constitution, known as EC 29/00 arises. Sought to with this device, by changing the paragraphs 2 and 3 of Article 198 of the Constitution, regular, precisely, the legal barriers which prevented during this period the realization of paternal duty health: establishing the minimum percentage revenue under the responsibility of the federal entities and their source; the definition of what could be conceived as actions and health services. Note that, according to paragraph 1 of Article 5 of the Constitution, the laws defining fundamental rights are of immediate applicability, premise not observed in the constitutional right to health. Non-binding and consolidated in order to provide guidance to municipalities and states on gaps in the law, effect was passed by understanding the deliberative collegiate institutions of the National Health Council, CNS, Resolution 316/2002, later replaced by Resolution 322 / 2003. With the issue of Complementary Law 141 on January 13, 2012, begins twenty-four years after the promulgation of the Constitution Citizen, a new regulatory framework for health in the country, providing clear guidelines of financial implementation of health translated in the new wording of Article 198 § 3 of the Federal Constitution of 1988. given the democratic precept of social participation also predicted laws 8080/90 and 8142/90 the establishment of Boards of Health, composed of equal numbers. For monitoring and supervision of health care expenditures, a system of specific information is created, SIOPS - Information System on Public Health Budget brings from its functionality, the issue of RREO, Summary Report of Budget Execution, which sets forth the percentage of investment of its own resources for health, with sending information to each pre-registered on the basis of the program during insertion of data by federal, state and municipal councilor. Through this tool, the financial health of the exercises were analyzed in the municipality of Propriá in the years 2005, 2009 and 2013.

Keywords: Health, Finance, Constitution

TABELAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF – Constituição Federal

CONASEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPMF – Contribuição Provisória de Movimentação Financeira

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

FPM – Fundo de Participação dos Municípios

IAPAS – Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social

IAPS – Instituto Nacional de Previdência Social

ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Serviço

IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados

IPVA – Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores

ITCMO – Imposto de Transmissão Causa Mortis e Doação

ITBI – Imposto sobre Transmissão Intervivos de Bens Imóveis

ITR – Imposto sobre a propriedade Territorial Rural

ISS – Imposto Sobre Serviços

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPTU – Imposto Sobre a Propriedade Territorial Urbana

LC – Lei Complementar

NOAS – Norma Operacional de Atenção à Saúde

OGU – Orçamento Geral da União

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEC – Proposta de Emenda à constituição

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. SAÚDE: UM DIREITO DE TODOS, UM DEVER DO ESTADO	
1.1 A saúde como direito fundamental.....	15
1.2 O direito a saúde na Constituição Federal.....	17
1.3 Sistema Único de Saúde – SUS	20
1.3.1 A origem do SUS	20
1.3.2 A saúde a luz da Lei nº 8.080/90.....	25
2. O FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NO BRASIL	
2.1 O financiamento da saúde após a promulgação da Constituição Federal de 1988.....	31
2.2 A aplicabilidade da Emenda Constitucional nº 29/2000.....	33
2.3 A Lei Complementar nº 141/2012.....	41
2.4 Participação Popular: Controle Social.....	53
3. SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE ORÇAMENTO PÚBLICO EM SAÚDE – SIOPS	
3.1 Origem do SIOPS.....	55
3.2 Características do Sistema.....	57
4. APLICAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29/2000	
4.1 A implementação da EC nº29/2000 no município de Propriá/SE.....	61
4.2 Abordagem metodológica.....	63
4.3 Percentual recursos próprios aplicados na saúde pelo município de Propriá.....	64
4.4 Participação do SUS na despesa total.....	66
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
6. REFERÊNCIAS	

INTRODUÇÃO

A Saúde é um direito fundamental de todos os brasileiros e dever do Estado, que deverá assegurar, através de políticas públicas pautadas na garantia do acesso universal e igualitário as suas ações e serviços. Assim dispõe a Constituição Federal de 1988 ao referir-se à Saúde como uma prerrogativa inerente a cidadania dos brasileiros.

Ao longo dos anos, uma das maiores problemáticas enfrentadas pelo poder público é o seu financiamento, tanto no que tange as fontes de recursos vinculáveis, quanto à sua aplicação. Em seu artigo 195, a Constituição Federal – CF menciona os atores responsáveis por esse investimento: a sociedade de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes nele especificadas.

Da mesma forma que discorreu sobre a fonte de recursos do custeio da Saúde, definiu a CF 88 em seu artigo 198 as diretrizes que norteiam a aplicação desses recursos, os quais deverão atender as premissas da regionalização e hierarquização da rede para ofertar as ações e os serviços como um sistema único, organizado com observância de diretrizes pré-definidas.

Foi a criação do Sistema Único de Saúde que materializou o esquema tripartite de financiamento da Saúde, conforme assevera o inciso 1º do artigo 198, que definiu o orçamento do setor pelo Orçamento da Seguridade Social nos três níveis de governo. O percentual destinado para Saúde foi estabelecido até a edição

da primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias de 1990, pelo Ato das Disposições Constitucionais transitórias 55, que previa 30% do Orçamento da Seguridade Social.

Os recursos da Saúde competiam com os da Previdência por terem a mesma fonte de financiamento, até que, em 1993, a receita oriunda das folhas de pagamento deixou de ser repassados para o Ministério da Saúde, em virtude de restrições fiscais.

Diante dessa crise fiscal, foram tomadas medidas paliativas para o custeio da Saúde, como o Fundo Social de Emergência que funcionou no biênio 1994 e 1995, posteriormente substituído pelo Fundo de estabilização fiscal que vigeu de 1996 a 2000.

A insuficiência dessas medidas levou o Ministério da Saúde a encampar uma luta com a ajuda da sociedade civil para garantir recursos específicos e contínuos para o setor, o que culminou em 2000 com o surgimento da chamada de EC da Saúde, cujo escopo foi o estabelecimento da vinculação de recursos nas três esferas de governo para um processo de financiamento mais estável do sistema de Saúde.

A ideia era assegurar aporte financeiro através de fontes contínuas e mensuráveis em cada nível de esfera do poder. Dessa forma, o cômputo da participação dos Estados, por exemplo, teria como parâmetro o produto de arrecadação dos impostos aos quais se refere o art. 155 da CF e dos recursos de que tratam os artigos 157 e 159, I, alínea “a”, e II, da CF.

Embora a Constituição da República, em seu artigo 5º, inciso 1º, assegure que as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais, como o direito à

Saúde, têm aplicação imediata, alguns pontos ainda necessitavam de regulamentação do Congresso Nacional para sua eficácia. É o caso do artigo 198, inciso 3º da CF, incluído pela Emenda 29/2000, que previa, através de lei complementar, a reavaliação quinquenal, para dispor sobre o percentual mínimo anual a ser aplicado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de Saúde.

Assim, após 12 anos, foi publicada no dia 13 de janeiro de 2012 a Lei Complementar - LC nº 141, cujo escopo era regulamentar o artigo constitucional supracitado, dispondo sobre os valores mínimos mencionados, estabelecer critérios de rateio dos recursos de transferências para a Saúde, normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com Saúde nas três esferas de governo, entre outras questões.

Durante esse interstício da lacuna da Lei Complementar em comento, foi elaborado uma Resolução do Conselho Nacional de Saúde para regulamentar a EC 29/200, Resolução CNS nº 316/2002, alterada posteriormente pela Resolução nº 322/2003, garantindo uniformidade na aplicação do preceito constitucional até a sua regulamentação. Os municípios, pessoas políticas responsáveis pela atenção primária e base da assistência hierarquizada conforme preconizado na Lei nº 8.080/90 necessitam de recursos regulares e específicos que garantam de forma efetiva e eficaz a oferta adequada à necessidade de acesso a ações e serviços de saúde pela população.

É nesse diapasão que o presente estudo discorrerá sobre o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000 no financiamento da saúde no município de Propriá nos anos de 2005, 2009 e 2013. A partir da análise do cumprimento da

Emenda Constitucional nº 29/2000, poderemos responder aos atores envolvidos no processo (população, prestadores de serviços e aos gestores) se, no período analisado, foram investidos os percentuais mínimos de gastos públicos com saúde, como determina o dispositivo constitucional em apreço.

Deste modo, pode-se perceber que o trabalho realizado permitiu avaliar o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000 no nível municipal no período em epígrafe. Além disso, identificar de forma específica, a participação financeira do Sistema Único de Saúde na despesa total, bem como a evolução do gasto per capita com ações e serviços de saúde nos anos de 2005, 2009 e 2013.

Para o desenvolvimento deste trabalho fora utilizada pesquisa bibliográfica de cunho qualitativo, assim como livros, artigos, legislações, e a fim de ter suporte para o embasamento da pesquisa. A escolha do tema aconteceu com base na preocupação com o cumprimento do mínimo constitucional definido para o setor da Saúde no município de Propriá/SE, uma vez que, conforme anteriormente explicitado, a Saúde é direito de todos e dever do Estado, sendo imprescindível a observância das regras de co-financiamento pelo Poder Público Municipal, de forma a garantir o aporte dos recursos necessários para a manutenção das ações e serviços de saúde no âmbito local.

Em arremedo de conclusão, é importante destacar que o trabalho em tela não tem a pretensão de verificar de forma exaustiva todas as contas de despesas em Saúde Pública no município de Propriá/SE no período mencionado. Busca-se, apenas, demonstrar o nível de investimento na área de Saúde no município, tendo como parâmetro os dados informados de forma consolidada conforme dispõe o Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

1. SAÚDE: UM DIREITO DE TODOS, UM DEVER DO ESTADO

1.1 A saúde como direito fundamental

Para a Organização Mundial da Saúde – OMS a saúde constitui um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Não é apenas a ausência de doença ou enfermidade. É um direito universal e fundamental, inerente a todo o ser humano sem qualquer distinção.

Para garantir a saúde, o Estado deve desenvolver um conjunto de ações que proporcionem a integridade da pessoa humana, propiciando-lhes uma vida sem comprometimento que cause seu bem estar mental e físico. Em virtude da amplitude de sua incidência, deverão ser tomadas medidas de caráter preventivo, para evitar o surgimento de doenças, como também ações de recuperação para o reestabelecimento daqueles que por ventura sejam acometidos por algum agravo.

A dimensão de sua aplicabilidade lhe atribui uma concepção plurisubjetiva, com amplo escopo social, o que traz para o Estado uma maior responsabilidade na garantia desse direito (AGRA, 2012, p. 836-837).

A ideia de direitos fundamentais precede a de constitucionalismo. Estes surgiram como fruto da junção de várias fontes, como as tradições presentes ao longo da história em civilizações distintas indo até a consolidação dos pensamentos filosófico-jurídicos, passando pelo cristianismo e pela ideia de direito natural. Todas essas concepções eclodiram em um ponto fundamental, qual seja, a necessidade de limitação e controle dos abusos do poder praticado pelas autoridades constituídas

do Estado, e a universalidade de princípios básicos surgidos com o Estado moderno e contemporâneo: a igualdade e a legalidade. (MORAES, 2007, p.1)

Duas importantes conquistas no século XVIII alicerçaram a construção dos direitos fundamentais através de sua inserção em textos constitucionais: A Revolução Francesa com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789) e Declaração dos Direitos do Bom Povo da Virgínia (1776). Nesse período surgem os direitos de primeira geração ou de primeira dimensão (direitos civis individuais): a liberdade, a igualdade formal, a segurança jurídica, a vida e a propriedade, também conhecidos como direitos de prestação negativa, marcados pela não intervenção estatal no cotidiano das pessoas.

Em contraponto a esse rol de direitos que constituíram um pleito do Estado Burguês, de caráter liberal que necessitavam da não interferência na economia e na vida social, surgem os direitos sociais aos quais a doutrina denominou de segunda geração ou de segunda dimensão.

Esse processo foi reflexo dos diplomas constitucionais elaborados no início do século XX, que refletiam as preocupações sociais como fica evidente na Constituição Mexicana de 1917, na Constituição de Weimar de 1919, na Constituição Soviética de 1918 e na Carta do Trabalho elaborada pelo Estado Fascista Italiano no ano de 1927. A saúde como direito social surge nesse período. (MORAES, 2007, p. 2;11).

O surgimento dos direitos sociais, também denominados como de prestação positiva do Estado, é marcado por um processo de profundas reformulações sociopolítico-econômicas, trazendo uma nova lógica na interferência do Estado na vida das pessoas, consolidando-se como uma conquista do

proletariado. Para assegurar os direitos da cidadania, o Estado, até então não intervencionista, passa a interferir em vários setores da sociedade para cumprir o seu dever de garantidor das condições mínimas de vida aos cidadãos, o seu direito de cidadania (AGRA, 2012, p. 289).

A consagração dos direitos civis como direitos fundamentais e o surgimento de novos direitos sociais, econômicos e culturais surge com a Declaração dos Direitos Humanos em 1948.

A saúde, assim como a educação, o trabalho, a moradia, a alimentação, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade, a infância e a assistência social aos desamparados foram positivados em nosso ordenamento jurídico como direitos sociais no art. 6º da Constituição Federal de 1988. (SARLETT, et, al ., 2010, p. 238).

Segundo a doutrina, destes direitos elencados, a saúde traz um duplice papel do Estado e da sociedade: Um de natureza negativa onde estes devem absterem-se de praticar atos que prejudiquem a terceiros e um de natureza positiva, cabendo ao Estado garantir e implementar medidas que assegurem esse direito social (LENZA, 2011, p. 975).

1.2 O direito à saúde na Constituição Federal

Com a promulgação da Carta Magna de 1988, também denominada Constituição Cidadã, a ordem social passa a ter um papel preponderante na consecução das políticas públicas, desprendendo-se, relativamente, da ordem econômica. Dessa forma, a concretização das ações e serviços de saúde no país

não se vincula de forma absoluta ao cenário econômico, uma vez que a saúde passa a constituir um direito fundamental, elevando-se a um patamar superior na estrutura jurídica (AGRA, 2012, p. 835).

As disposições sobre a saúde na ordem social encontram-se estampadas nos artigos 6º e 196 e seguintes da Constituição Federal. Em seu artigo 196, abstrai-se a garantia de políticas públicas sociais e de caráter econômico que tenham como escopo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para garantir a promoção, proteção e recuperação, com consequente redução de doenças e outros agravos que podem acometer a população.

Como fundamento do Estado Democrático de Direito, resguarda o artigo 1º, Inciso II da Lei Maior, o princípio basilar da dignidade da pessoa humana, que irradia seus efeitos para todo o sistema jurídico pátrio. Nesse diapasão, é mister para a República Federativa do Brasil, a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, conforme preceitua o artigo 3º, Inciso I (SARLET et. al, 2010, p. 238).

Além disso, estatui o artigo 5º, Inciso II da Constituição que os direitos fundamentais são de aplicabilidade imediata.

Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

(...)

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

O texto constitucional também reserva em seu artigo 193 que a saúde se caracteriza como um direito de justiça social, sua finalidade na Ordem Social do Estado. Diferentemente do seu artigo 170 que, ao tratar da Ordem Econômica, lhe

atribui o escopo de meio de atuação para alcance dos objetivos da justiça social. (SARLETT et. al, 2010, p. 239).

A saúde também se insere no rol de garantias dispostas na Seguridade Social, consoante dispõe o artigo 194, que assim a define como um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade que devem assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, indicando os princípios que orientam o financiamento dessas políticas públicas (LENZA, 2011, p. 1057).

Alicerçada na solidariedade, a Seguridade Social busca organizar e atribuir aos poderes públicos, às ações necessárias para o alcance dos objetivos delineados no inciso único do artigo 194 da CF (SPITZCOVSKY, MOTA, 2008, p. 305). Dispõe o artigo 194:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.
Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:
I - universalidade da cobertura e do atendimento;
II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
V - equidade na forma de participação no custeio;
VI - diversidade da base de financiamento;
VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.
(Nova redação dada pela EC 20/98)

Seu financiamento se dará com base no artigo 195 da Constituição, o qual dispõe que este caberá a toda a sociedade, de forma direta ou indireta de acordo com a lei, através de recursos provenientes da União, dos Estados do Distrito Federais e de outras fontes nele especificadas. As ações e serviços de saúde poderão ser executados por pessoa física e jurídica de direito privado ou

diretamente pelo Poder Público sob a sua fiscalização, regulamentação e controle. (LENZA, 2011, p. 1057).

As ações e serviços de saúde consolidam um sistema único, organizado com base em uma rede regionalizada e hierarquizada, em consonância com normas pré-estabelecidas. É o que dispõe o caput do artigo 198 da CF. Os demais parágrafos, em sintonia com o princípio federativo, estabelecem obrigações a todos os entes que o compõem, quanto a participação no financiamento do sistema único de saúde. (SARLETT, et AL., 2010, p. 240).

É com a Constituição de 1988 que se propõe a proteção social necessária a organização do setor saúde através da criação de um sistema unificado que garanta a toda a população esse direito: O Sistema Único de Saúde – SUS.

1.3 Sistema Único de Saúde – SUS

1.3.1 A origem do SUS

Antes da Constituição Federal de 1988 o Estado atuava apenas na promoção e prevenção da saúde, restritas ao combate de epidemias que pudessem ameaçar a economia. Como a saúde não era considerada um direito de todos e nem objeto de políticas públicas, aqueles mais abastados buscavam a medicina particular no Brasil e no exterior, restando aos mais pobres a dependência da “caridade”, o que explica a criação das Santas Casas de Misericórdia e a prática dos curandeiros e das parteiras.

Para embasar a assertiva de que o Estado só intervia quando interesses econômicos estavam em jogo, tem-se, em 1942, a criação do “Serviço Especial de Saúde Pública – SESP”, resultado da parceria entre os Estados Unidos da América e do Brasil, cujo escopo era a oferta de ações e serviços de saúde nas regiões onde havia material estratégico para a 2ª Guerra Mundial como era o caso da Amazônia que produzia a borracha.

A segmentação do direito a saúde pode ser evidenciada com a promulgação da Lei Eloy Chaves em 1923, onde os movimentos trabalhistas urbanos criam as Caixas de Aposentadorias e Pensões, transformadas posteriormente em Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs. Demonstrando forte influência junto ao Governo Federal, os sindicatos dos trabalhadores participavam da sua organização e gestão, inclusive do modelo de assistência médico-hospitalar vigente (BRASIL, 2002, p. 26)

A primeira ação de cunho universal para a assistência à saúde, apesar das limitações, foi a criação em 1949 do “Serviço de Assistência Médico Hospitalar” que garantiu por lei o direito do atendimento de urgência para toda população. Frise-se, todos tinham direito ao atendimento, mas somente em casos de urgência.

Em 1968 foi criado pelo governo Costa e Silva o “Plano Nacional de Saúde” que tinha como escopo a universalização do acesso, centralizando a assistência no Ministério da Saúde. No entanto, apesar de instituir pela primeira vez a universalização, buscou na realidade o favorecimento do segmento empresarial da saúde, ao prever a privatização da rede pública e a compra dos serviços na rede particular de acordo com o número e a complexidade dos procedimentos. Em virtude dessa diretriz privatista e da centralização da assistência pelo Governo Federal

através do Ministério da Saúde, não conseguir ser implementado, recebendo oposição da população e de segmentos contrários a essa política. (CEAP, 2005, p. 7-13)

Na tentativa de garantir a extensão da cobertura de ações básicas de saúde para a população que não possuía amparo do sistema previdenciário, foi criado em 1970 o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS, e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social – IAPAS. Buscava-se a garantia do acesso através da medicina comunitária que não efetuou mudança no modelo assistencial e nem surtiu eficácia sanitária. Mais uma vez a centralização, que prosseguiu durante toda a década em epígrafe, demonstra ineficácia para garantir o acesso universal e igualitário à saúde.

Ressalta-se que nesse período, o financiamento da saúde era oriundo exclusivamente das contribuições de empregados e empregadores. Somente em 1974, o governo federal busca uma diversificação no financiamento da Saúde, com a criação do Plano de Pronta Ação e o Fundo de Apoio a Desenvolvimento Social. Para ampliar a atenção sobre o social que se constitui um dos grandes problemas nos primeiros anos do regime militar, o governo busca fomentar a política nacional de medicamentos com a criação da Central de Medicamentos – CEME. A estrutura da rede hospitalar federal que em 1985 era composta de 42 hospitais federais sugeria a busca de novas fontes de financiamento para fazer frente aos gastos com o setor. (MANSUR, 2001, p. 42-43).

Diante das circunstâncias foram tomadas iniciativas governamentais para realinhar as políticas públicas de saúde no país. Surge então em 1980, por

recomendação da Organização Mundial de Saúde, o Prev-saúde que constituía um plano saúde de abrangência nacional e alternativo, como também o II Plano Nacional de Desenvolvimento, onde ficou evidenciada a necessidade de políticas sociais mais eficazes. É nesse período também que surge os movimentos sociais que canalizaram o debate político-ideológico sobre o modelo de atenção posto pelo governo central e reivindicavam o acesso universal aos serviços de saúde, sendo criadas importantes instituições de fomento ao setor, como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES, em 1976 – e a Associação Brasileira em Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO.

Os novos atores sociais buscavam espaço no interior do Estado, reivindicando representação social e um pacto de interesses. Nesse momento, temos estabelecida a seguinte dicotomia: de um lado os opositoristas-reformistas que pregavam a mudança no modelo de atenção posto e do outro os situacionistas-conservadores que defendiam as políticas de saúde implantadas, amenizando seus efeitos. Surge para o Estado o desafio de buscar um consenso o que pode ser evidenciado com o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados em 1979, onde foi possível, pela primeira vez, um debate público, extenso e consensual sobre a crise da saúde no país, onde ficou claro a necessidade de democratização do processo, sendo um marco histórico da evidente necessidade de adoção de um Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006, p. 38-40).

Com o advento da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que tinha como tema “Saúde, direito de todos e um dever do Estado” pela primeira vez foi possível contar com a participação da sociedade civil através de delegados eleitos, além das associações de profissionais de saúde, representações sindicais, de movimentos populares em saúde, do CEBES e da ABRASCO.

A consolidação das pautas enumeradas no relatório final dessa Conferência, serviu de base para orientar a Assembleia Nacional Constituinte na concepção dos principais eixos para a criação do SUS: a instituição da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, a reorganização do sistema de atenção e a compreensão da determinação social do processo saúde-doença. (GONDIM, 2011, p. 37-38).

Os Constituintes, formados por membros da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, materializaram no texto constitucional, a saúde como direito de todos e dever do Estado, alicerçada em políticas sociais e econômicas que tenham como escopo a redução do risco de doença e a garantia do acesso universal e igualitário as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação. Tais premissas estão dispostas no artigo 196 da Constituição “Cidadã” de 1988. (RUSSO, 2010, p. 23;24).

Para garantir a execução da nova ordem jurídica pátria na área de saúde, estabeleceu a Carta Magna em seu artigo 198, caput e parágrafo único, a fonte de financiamento do SUS, que passava a contar com recursos do Orçamento da União, dos Estados e dos Municípios. Previram também as diretrizes que devem nortear o funcionamento do Sistema Único de Saúde, que são a descentralização, direção única em cada ente federado, o atendimento integral, com foco principalmente nas atividades de prevenção, sem prejuízo das ações e serviços de caráter assistencial e a participação popular.

Embora a Constituição tenha previsto e assegurado a garantia desse direito social em consonância com o seu artigo 6º, na prática, o processo de

financiamento tripartite passou por dificuldades que comprometeram a efetividade de materialização do direito à saúde no país (CEAP, 2005, p. 7-13).

1.3.2 A saúde à luz da Lei nº 8.080/90

O objetivo da elaboração da Lei Orgânica da Saúde foi o de garantir o acesso universal e irrestrito de todos os brasileiros as ações e serviços de saúde. Tem eficácia em todo o território nacional sendo sua execução assegurada por pessoas naturais ou jurídicas de Direito Público ou Privado. Nesse diploma, reforça-se mais uma vez a ideia de que saúde não é apenas a ausência de doenças, mas, um conjunto de fatores que irão proporcionar as condições necessárias para garanti-la.

Em seu artigo 4º, tem-se que o SUS constitui um conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público, inclusive as instituições públicas de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde.

Ressalta-se que, de acordo com disposições expressas na Lex supracitada, a participação no SUS pela iniciativa privada se dará de forma complementar. O SUS tem como diretrizes a universalidade no acesso, a descentralização política-administrativa com execução pelos Estados, Municípios e pela União e a igualdade e integralidade na assistência (PORTO, 2006, p. 576).

Atuando de forma sistematizada, engloba, entre outras premissas, o desenvolvimento da vigilância nutricional com orientação sobre a alimentação saudável, a execução de ações de saneamento básico, atividades de proteção ao meio ambiente, inserindo aqui o trabalho, além de atuar na política de imunobiológicos, política de medicamentos e demais insumos necessários à manutenção da saúde da população.

Cabe frisar que, todas as ações e serviços públicos de saúde e os serviços de caráter privado, mantidos através de convênio ou contrato, integrantes do SUS, deveram seguir as determinações legais para o seu dispêndio, quais sejam: observância do preceito o artigo 198 da Constituição Federal quanto aos princípios que norteiam o sistema e execução compartilhada com a União. Frise-se que o aludido diploma tem fundamentos imprescindíveis ao Sistema: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral e participação na comunidade. É o que expressa o caput do artigo 7º da lei.

Outra diretriz importante que traz a Lei Orgânica de Saúde em seu artigo 8º, é a hierquização e regionalização das ações e serviços de saúde, obedecendo ao grau de complexidade em que ela se enquadra. A gestão do SUS caberá a todos os entes federados, representados por gestores das três esferas do poder.

Em seu artigo 12, tem-se assegurada a participação popular, composta por comissões intersetoriais com abrangência em todo território brasileiro, as quais estão subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministros e órgãos competentes da sociedade, além de representantes da sociedade civil. O objetivo é a articulação que garanta políticas e programas de interesse da população para a saúde.

Além disso, prevê também a criação de Comissões Permanentes, os quais são responsáveis pela integração entre os serviços de saúde e as entidades de ensino profissional superior, com escopo de fomentar a formação e educação continua dos profissionais da área.

No âmbito deliberativo, no aspecto administrativo, operacional e financeiro do SUS se dará pela vinculação das Comissões Integrestores denominadas Bipartite e Tripartite. Essa representatividade se consolida pela criação do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e Conselho Nacional dos Secretários de Estado da Saúde, transferindo aos entes vinculados, a responsabilidades decorrentes das competências delineadas no artigo 15.

Destacam-se as inúmeras atribuições comuns condicionadas no artigo supra citado, estão a descentralização da administração financeira e orçamentária em cada exercício, o estabelecimento de normas técnicas padronizadas com vistas a garantir a qualidade e parametrizar os custos da assistência à saúde e promoção da saúde do trabalhador, a formulação da política e execução das ações de saneamento básico, a elaboração e atualização periódica do Plano Nacional de saúde, elaboração da proposta orçamentária do SUS de acordo com o preconizado no Plano de Saúde e a organização e coordenação do sistema de informações de saúde.

Todas as ações que irão compor o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS serão realizadas em consonância com as deliberações pactuadas entre Estados, Municípios e o Distrito Federal, sob a coordenação da direção nacional do SUS. São atribuições de competência dos Estados Promover a descentralização para os Municípios dos serviços das ações de saúde; Acompanhar,

controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS; Prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios; Atuar de forma supletiva na execução de ações e serviços de saúde; Coordenar e executar, em caráter complementar, as ações de vigilância epidemiológica, sanitária, alimentação, nutrição e saúde do trabalhador e Avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade.

Aos municípios, caberá o planejamento, organização, controle, avaliação, gerência e execução dos serviços públicos de saúde, além de participar no planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, sob coordenação das Secretarias de Estado da Saúde.

A política de recursos humanos do SUS tem regramento nas disposições do art. 27 da Lex em estudo, o qual prevê ações articuladas pelas três esferas governamentais responsáveis pelo processo, prevendo a organização de um sistema de recursos humanos que englobe todos os níveis de ensino, inclusive a pós-graduação; elaboração de um programa permanente de aperfeiçoamento de pessoal e à valorização e busca da dedicação exclusiva ao Sistema Único de Saúde. Prevê ainda, o regime em tempo integral para os cargos de chefia e assessoramento em todos os níveis de gestão da saúde.

Quanto ao financiamento das ações e serviços de saúde do Sistema, há previsão legal de aporte de recursos do Orçamento da Seguridade Social, com reserva de receita estimada na Lei de Diretrizes Orçamentárias, baseada em proposta elaborada pela direção nacional em consonância com os órgãos da Assistência e Previdência Social.

A execução do orçamento da saúde em cada esfera de governo será efetuada mediante a transferência direta das receitas SUS, geradas para as contas

especialmente criadas, cuja movimentação se dará pela respectiva direção da entidade arrecadadora dos recursos. Assegura ainda o artigo 32, a possibilidade de recursos provenientes de fonte diversa, como é o caso de receitas oriundas de serviços que possam ser prestados sem o comprometimento da assistência à saúde; contribuições, donativos, rendimentos de capital e alienações patrimoniais, multas, taxas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do SUS.

Para evitar a malversação, os desvios de finalidade e garantir a correta aplicação dos recursos, dispõe o caput do artigo 33 que, os valores creditados em conta especial de cada ente federado terão sua movimentação fiscalizada pelos Conselhos de Saúde. Em seu parágrafo único, encontra-se também a previsão sobre auditoria do Ministério da Saúde, através dos seus órgãos de controle, aplicando as sanções cabíveis na forma da lei no caso de evidenciadas quaisquer irregularidades.

Quanto aos critérios para definição do volume de recursos financeiros que caberá a cada ente participante do sistema é realizada análise técnica de programas e projetos que levará em consideração os seguintes critérios: características quantitativas e qualitativas da rede de saúde, perfil demográfico regional, perfil epidemiológico da população a ser assistida e análise do desempenho técnico, econômico e financeiro do exercício anterior a análise. É o que prevê o artigo 35 da Lei nº 8.080/90.

Dispõe o artigo 36 que, todas as atividades desenvolvidas no Sistema Único de Saúde devem estar previstas no Plano de Saúde respectivo, o qual servirá de base das atividades e programação de cada nível de atenção e cuja aplicação de recursos não poderá conter objeto diverso daquele previsto no referido instrumento

de execução e avaliação das ações e serviços de saúde. A exceção ao que dispõe o dispositivo em epígrafe são as situações emergenciais ou de calamidade pública.

Diretriz de suma importância na organização do SUS e garantia da integralidade e universalização das ações e serviços de saúde é o enunciado do artigo 45 da lei. Prevê esse dispositivo, a cessão para os órgãos que compõe o SUS dos imóveis pertencentes ao extinto INAMPS, além da previsão de integração ao sistema local, dos serviços de saúde nos hospitais universitários e de ensino através de convênio, preservando, no entanto o patrimônio, recursos financeiros e humanos, a pesquisa e extensão aos quais estejam vinculados, nos limites conferidos pelas instituições.

O incentivo a participação do setor privado se dá na forma do artigo 46, o qual prevê subsídios para investimento em ciência e tecnologia, estimulando em cada ente federado, a transferência de tecnologia desenvolvida em universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde.

2 O FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NO BRASIL

2.1 O financiamento da saúde após a promulgação da Constituição Federal de 1988

A Constituição Federal de 1988 traz sob o título “Da Ordem Social” a perspectiva da materialização eficaz do acesso universal e equânime de todos os cidadãos à Saúde, a Assistência e a Previdência Social. Especificamente, há mais de vinte anos o Sistema Único de Saúde sofre com instabilidade do aporte de recursos para a Saúde, com alternância das fontes que foram compostas ora por impostos, ora por contribuições sociais.

Para garantir essa universalização de direitos, era necessária a diversificação das fontes de custeio, o que tornou imperioso a ampliação de receitas vinculadas aos programas que integravam a tríplice assistência. A saúde disputava com a Assistência e com a Previdência Social o orçamento da Seguridade Social, que compõe, juntamente com o orçamento fiscal e o de investimento das estatais o Orçamento Geral da União – OGU de acordo com o disposto no parágrafo 5º do artigo 165 da Constituição Federal de 1988.

Pela falta de observância do artigo 55 da ADCT, que garantia o repasse do então Ministério da Previdência e Assistência Social ao Ministério da Saúde, na ordem de, no mínimo, trinta por cento desse orçamento, a saúde passava por sérias dificuldades para garantir aos cidadãos o acesso ao sagrado direito à saúde.

Em virtude desse processo de competição por recursos pelos programas de caráter universal, em 1993, sob alegação de restrições fiscais e aumento das despesas da Previdência Social, todos os recursos cuja fonte geradora era a folha

de salários, passaram a custear exclusivamente aquela pasta, o que tornou a saúde totalmente dependente dos recursos do Tesouro Nacional.

Para amenizar os efeitos da falta de aporte financeiro regular e garantir estabilidade e suficiência ao financiamento do setor, foi proposta a Vinculação Constitucional definitiva de 30 por cento do Orçamento da Seguridade Social e 10 por cento dos recursos oriundos do orçamento de Estados e Municípios através do Projeto de Emenda à Constituição – PEC 169.

No período de 1994 a 1995 foi criado o Fundo Social de Emergência - FSE, para desvincular as receitas da União para a saúde, o que tornou sem efeito, parcialmente, o crescimento de receita de impostos e contribuições verificados no período e que lastreariam os gastos com ações e serviços de saúde. Esse fundo vigeu do período de 1994 a 1995. Posteriormente, esse fundo foi substituído pelo Fundo de Estabilização Fiscal que vigeu do ano de 1996 a 1999.

Nesse íterim é criada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF, fruto da luta encampada pelo Ministério da Saúde na busca de uma fonte duradoura e específica da saúde. A CPMF foi criada em 1996 e implantada em 1997. Inicialmente fonte exclusiva para financiamento da saúde, passa em 1999 a complementar os recursos da Previdência Social e, em 2001, com a criação do Fundo de Combate à Pobreza, restringe mais uma vez o aporte financeiro da saúde. A CPMF foi extinta em janeiro de 2007. (Ciências e Saúde Coletiva, 12 (Sup, p. 1851-1864, 2007).

Diante desse cenário, numa batalha encampada pelos movimentos a favor da saúde, organizados pela sociedade civil e pelo Ministério da Saúde, além do CONASEMS e CONASS, surge em agosto de 2000 a proposta de Emenda

Constitucional nº 29, que traz regras sob a vinculação dos recursos para a área de saúde aplicáveis a todos os entes da federação. (MANSUR, 2001).

2.2 A aplicabilidade da Emenda Constitucional nº 29/2000

No intuito de garantir os recursos mínimos necessários a manutenção da assistência à saúde no Brasil, que, mesmo elevada a condição de direito fundamental na Constituição de 1988, não conseguiu materializar as premissas delineadas naquele instrumento de consolidação da democracia e da igualdade nacional, surge proposta de Emenda à Constituição Nº 29/2000, a qual buscou viabilizar a sustentabilidade econômica do setor através da participação de todos os entes da federação no processo (SPITZCOVSKY, 2009, p. 318).

O processo de regulamentação da Emenda Constitucional 29 foi uma ação conjunta negociada entre o Poder Legislativo, Ministério da Saúde, que contou com a interlocução do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, desempenharam papel de suma importância a Comissão de Seguridade Social da Câmara Federal, a Comissão de Assuntos sociais do Senado, a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas, os Conselhos dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS e o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Para alcançar esse objetivo e evitar a reiteração das ações que não lograram êxito nos anos que a antecederam (basicamente toda década de 90), a emenda trouxe a proposta de alteração de vários dispositivos constitucionais, cujo escopo central era a co-responsabilização da União, Estados e Municípios no aporte

financeiro utilizado na execução de ações e serviços de saúde no país. (SPITZCOVSKY, 2009, p. 1613-1614).

Para os municípios, buscou a referida emenda fortalecer uma das fontes de sua receita vinculável, através da alteração do inciso 1º do artigo 156 da CF88, estabelecendo para o Imposto Predial Territorial Urbano – IPTU, a fixação de alíquotas progressivas aplicáveis a esse imposto em três variáveis: o valor do imóvel, seu uso e a sua localização (REZENDE, 2003, p.3). Frise-se que, por força do art. 182, inciso 4º, Inciso II, aplicava-se até então apenas a progressividade temporal.

De acordo com o artigo 198, inciso 2º e incisos II e III, a Emenda também trouxe consequências para aqueles entes que não cumprissem seus dispositivos vinculantes de receita para saúde, alterando o parágrafo único do artigo 160 da CF 88, com a possibilidade de retenção de créditos para os municípios ou Estados cujos montantes aplicados destoassem do mínimo exigido.

Como reflexo dos preceitos garantidores do financiamento das ações e serviços de saúde, excetuando a máxima da não vinculação de receita de impostos a fundo órgão ou despesas, manteve-se a redação do artigo 167, inciso IV da Constituição ao tratar de finanças públicas, especificamente sobre o orçamento (SPITZCOVSKY; MOTA, 2009, p. 319).

Dos dispositivos constitucionais alterados pela Emenda 29/2000, merece destaque o artigo 198, que ganhou três novos parágrafos, com seus respectivos incisos, além de alterações significativas em seu parágrafo único.

Dispõe atualmente o artigo 198:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

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

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

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

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

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

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

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

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (Grifo do autor, 2014)

A aplicação anual mínima dos recursos em ações e serviços de saúde foi delineada através da alteração dos parágrafos 2º e 3º do artigo 198, segundo parâmetros de cálculo pré-definidos. Além disso, estabeleceu a reavaliação quinquenal dos percentuais investidos por cada ente, o que seria possível com a edição de Lei Complementar com essa finalidade.

Assim, dos impostos a que se refere o art. 155, deduzidos o produto da arrecadação do Imposto de Transmissão Causa Mortis e Doação – ITCMD, Imposto sobre Circulação Sobre Mercadoria e Serviço – ICMS, Fundo de Participação dos Estados – FPE e Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores – IPVA e Adicional de Imposto de Renda, de acordo como que preconizam os artigos 155, 157 a 158, Inciso I, alínea “a”, e inciso II, têm-se os valores destinados aos Estados e ao Distrito Federal.

Os recursos de que tratam os artigos 156, 158 e 159, Inciso I, alínea b e § 3º, constituem a base de cálculo do Distrito Federal e dos Municípios para cumprimento do disposto na Emenda 29/2000. São eles: o Imposto Sobre a Propriedade Territorial Urbana – IPTU; o Imposto sobre Transmissão Intervivos de Bens Imóveis – ITBI a Qualquer Título, por Ato Oneroso, por natureza ou Acesso Física, e de Direitos sobre Imóveis, exceto os de Garantia, bem como a Cessão de Direitos à sua aquisição, ISS – Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza; Fundo de Participação dos Municípios – FPM; Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI-Exportação), – Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Serviço – ICMS e Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores – IPVA (REZENDE, 2003, p.3-4).

Dessa forma, buscou a Emenda Constitucional nº 29/2000, garantir a estabilidade financeira necessária as ações e serviços de saúde no país, a qual passou por diversas dificuldades a partir da Constituição de 1988, em virtude do não cumprimento da alocação de 30% dos recursos da seguridade social para o setor.

Ficou estabelecido também, que, até regulamentação da Emenda, os procedimentos a serem adotados até o exercício financeiro de 2004, teriam como

base o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, de acordo com o que preceitua o seu artigo 77, a seguir:

Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I – no caso da União:

a) 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;

b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, 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; e

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, 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." "§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento."

§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.

§ 3º 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.

§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo.

Embora o texto Constitucional não deixasse dúvidas, quando da elaboração do orçamento da saúde para o ano de 2001, o Ministério da Fazenda, por intermédio da sua Procuradoria Jurídica, entendeu de forma diversa o cálculo do montante a ser destinado para o setor, e, através do parecer PGFN/CAF nº 2.561/2000, de 7 de dezembro de 2000, destinou para aquele exercício, o valor fixado em 1999, acrescido de 5%. Desta forma, houve manifesto equívoco ao interpretar o disposto no artigo 7º, I, A do ADCT. O correto seria aplicar o reajuste com base no "exercício do ano anterior", ou seja, 2000. (Ciência e Saúde Coletiva, 8 (2) : 371-378, 2003).

Segundo a Secretaria Executiva do Ministério de Saúde, a manutenção desse posicionamento causaria um déficit entre os anos de 2001 e 2002 da ordem 4.2 bilhões de reais (ABRASCO, 2001).

Além do embate jurídico com os autores do processo causado por essa atitude do Ministério da Fazenda, foi produzido o primeiro documento sobre a regulamentação da emenda, denominado “Parâmetros consensuais sobre a Implementação da Emenda Constitucional 29”. O documento tratava, além da questão do “ano anterior” levada a cabo pelo Órgão Máximo da Fazenda Nacional, questões polêmicas que não estavam claros no texto da Emenda Constitucional:

- a) Vigência da Emenda - Pelo texto, deveria vigor desde 2000 em virtude da sua auto-aplicabilidade. No entanto, acordou-se o início de sua vigência para 2001, diante da impossibilidade de suplementações orçamentárias compatíveis para atender o que preconizava a Emenda.
- b) Determinação dos percentuais mínimos a serem aplicados na saúde pelos Estados e Municípios, compondo um ciclo de investimento gradativo a ser observado de 2001 a 2004 que, inicialmente seria de 7%, chegando a diferença mínima anual de 1/5, até 12% para Estados e 15% para os entes municipais;
- c) Opção pelo PIB disponível no momento da votação da Lei Orçamentária, evitando a aplicação da fórmula baseada em dados do IBGE que resultavam em dados defasados;
- d) Adoção do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde SIOPS – para acompanhamento, avaliação e controle do dispositivo constitucional, que abrangerá também os Planos de Saúde e os Relatórios de Gestão da Saúde.

No intuito de garantir a eficácia da EC 29/00, era necessário esclarecer sua abordagem conceitual e operacional até a elaboração da Lei Complementar disposta no § 3º do artigo 198 da Constituição Federal, o que culminou com a aprovação da Resolução 316 do CNS – Conselho Nacional de Saúde em abril de 2002, a qual foi renumerada em 2003 como Resoluções 322/2003 e também a edição da Portaria do Ministério da Saúde 2047/2002/GM. (Ciência e Saúde Coletiva, 8 (2) : 371-378, 2003).

Os cálculos nessa resolução representam os percentuais mínimos a serem aplicados pelos Estados e municípios durante a regra de transição, de 2000 a 2004, para permitir os ajustes graduais nos orçamentos. A partir do ano de 2005, caso não fosse aprovada a Lei Complementar, prevaleceria os percentuais de 2004 para Estados, Distrito Federal e municípios e a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) para a União. (Ciência e Saúde Coletiva, 8 (2) : 371-378, 2003). Além de dispor sobre a base de cálculo a ser definida para aplicação mínima dos recursos em saúde, a Resolução 322 do CNS delineou os percentuais a serem vinculados por para cada um dos entes da federação e definiu o que poderia ser considerado como despesa em ações e serviços públicos de saúde. (CNS, 2006, p. 3).

A Tabela 1 ilustra os percentuais mínimos a serem observados durante a regra de transição delineada na Resolução do CNS (2000 a 2004).

Tabela 1

Percentuais mínimos de vinculação orçamentária para o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme o ano e nível de governo, nos termos da *Emenda Constitucional nº. 29*.

Ano	Estados	Municípios
2000	7,0	7,0
2001	8,0	8,6
2002	9,0	10,2
2003	10,0	11,8
2004	12,0	15,0

Fonte: *Resolução nº. 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde*.

Apesar do termo “ações e serviços de saúde” ser aparentemente de fácil abstração, constituiu-se num dos maiores entraves para implementação da EC 29/00, em virtude das mais variadas interpretações e distinções sobre o termo. Por exemplo, inclui ou não gasto com saneamento? Inclui ou não o pagamento de pessoal aposentado e pensionista? Inclui ou não o pagamento de dívidas contraídas para financiar as ações e serviços de saúde?

Diante dessas indagações, a 5ª diretriz da Resolução 322 do CNS esclarecia e definia três critérios a serem considerados na exegese das despesas com ações e serviços de saúde:

- a) Os serviços e ações de saúde deveriam ser prestados de forma universal, igualitária e gratuita;
- b) Sua oferta deveria estar em conformidade com os objetivos e metas dispostas no Plano Municipal de Saúde de cada ente da federação;
- c) Mesmo que tivessem reflexo sobre as condições de saúde da população, não poderiam ser computadas as despesas referentes a outras políticas públicas.

O detalhamento das despesas por ações foi estabelecido na 6ª diretriz da Resolução, o qual levava em consideração para efeito de despesa com saúde voltada para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde conforme preceitua a Lei 8.080/90.

Em sua 7ª diretriz, estabeleceu o que não poderia ser considerado no cômputo do percentual mínimo a ser investido na saúde, a saber: pagamento de aposentadorias e pensões, a assistência à saúde para clientela fechada, a limpeza urbana e o saneamento básico financiado por tarifas ou taxas. Em que pese o SUS ter sua origem na Constituição de 1988, somente em 2000, doze anos depois, o SUS passou por uma redefinição de seu texto legal, no intuito de firmar-se através da criação de regras claras sobre seu financiamento e consequente estabilidade financeira.

2.3 A Lei Complementar nº 141/2012

A Lei Complementar 141/2012 foi publicada em 13 de janeiro de 2012, doze anos após a proposta da Emenda Constitucional 29/00, com o escopo de dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por cada ente da federação (UNIÃO, ESTADOS E MUNICÍPIOS) em ações e serviços de saúde, e regulamentar o artigo 198, inciso 3º da Constituição Federal de 1988, que estabeleceu também os critérios para rateio dos recursos de transferência para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas nas três esferas do governo e revogou dispositivos das Leis nº 8.080/90 e 8.689/93 (SANTOS, 2012).

Cabe ressaltar que, não há bibliografia extensa à cerca do assunto, servindo de base para a contextualização dessa etapa do estudo, as publicações de autores sobre o assunto e o texto da Lei. Considera-se para o cálculo de despesas com ações e serviços de saúde, aquelas alocadas pra a promoção, proteção e recuperação da saúde, consoante dispõe o artigo 2º da Lex em apreço, que atendam aos pressupostos da universalidade, igualdade e gratuidade e que estejam em consonância com as metas e objetivos traçados nos Planos de Saúde de cada entidade Federada.

Além disso, deve-se referir a responsabilidade específica do setor saúde, observando também os princípios preconizados no artigo 7º da Lei nº 8.080/90. Desta forma, segundo a lei regulamentadora, não serão computadas as despesas indiretas oriundas de políticas públicas diversas do objeto do presente certame, ainda que reflitam positivamente nas condições de saúde da população. O objetivo desse dispositivo é evitar o desvio de finalidade.

Na apuração dos percentuais mínimos aplicados em ações e serviços de saúde será observado o que preceitua o parágrafo 3º, considerando também o disposto no artigo 200 da CF, o artigo 2º da Lei nº 121/12 e o artigo 6º da Lei nº 8.080/90. Enquadram-se, portanto nos doze incisos do artigo 3º da Lei Complementar ora analisada, as despesas com saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos; a remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais; a vigilância em saúde (inclusive a epidemiológica e a sanitária); a capacitação do pessoal do SUS; o desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovido por instituições do

Sistema Único de Saúde; o investimento na rede física dos SUS, incluindo também a execução de obras em estabelecimentos públicos de saúde.

Estabelece o artigo 6º da Lei 8.080/90:

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

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

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

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

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

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

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

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

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

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

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

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

Pode-se constatar que, quando da concepção da LC 121/2012 foram utilizados dispositivos da Carta Magna e da Lei 8.080/90. Veja abaixo o que diz o artigo 200 da CF:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

As despesas indiretas com saúde e as atividades meio foram incluídas no corpo da lei em estudo, assim como as menções à Carta Magna e à Lei nº 8.080/90 acima citadas. (CARVALHO, 2012).

Da mesma forma que a EC 29/00 institui os preceitos objetivos a serem considerados no momento de verificar se os recursos aplicados atendem aos seus preceitos, buscou também enumerar o que não poderia ser considerado gasto com ações e serviços públicos de saúde, dispondo em seu artigo 4º as situações a seguir delineadas: as despesas com pessoal ativos vinculados a área de saúde quando em desvio de função; o pagamento de aposentados e pensionistas, inclusive dos servidores da saúde; as ações de assistência à saúde que não observem ao princípio da universalidade; o fornecimento de merenda escolar ou de outros programas de alimentação, mesmo que sua execução se dê em unidades do SUS, ressalvadas aquelas ações dispostos no artigo 3º, inciso II, as quais obedecem aos pressupostos da “atenção integral e universal em todos os níveis de complexidade, aí inclusas a assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais”.

As ações de saneamento básico quando os recursos utilizados para sua execução forem provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos com essa finalidade; a remoção de resíduos e a limpeza urbana; ações de preservação e conservação do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da federação ou por entidades não governamentais; as ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de inciso cálculo definido na Lei Complementar ou que tenha sua origem vinculada a

fundos diversos daqueles da saúde; ações de assistência social; e obras de infraestrutura, ainda que sua realização reflita de forma positiva, direta ou indiretamente na rede de saúde.

Com a regulamentação da EC 29/00, ficou estabelecido que caberá a União aplicar anualmente, os valores correspondentes a despesa empenhada no exercício anterior, se igual ou superior ao mínimo estabelecido na emenda, acrescidos de, no mínimo, o percentual relativo à variação nominal do PIB verificada no ano anterior ao da lei orçamentária anual, não sendo permitido a diminuição de recursos em termos nominais de um exercício para o outro, mesmo que haja variação negativa do PIB.

Quanto aos Estados e ao Distrito Federal, o mínimo a ser aplicado anualmente corresponde a 12% da receita vinculável, ou seja, oriunda dos recursos de que trata no artigo 155, acrescidos também da receita resultante da aplicação do artigo 157 e do artigo 159, Inciso I, alínea “a” e inciso II, todos da CF88, com dedução das parcelas repassadas aos Municípios. É o que dispõe o artigo 6º da LC 141/12.

Em seu artigo 7º, estabelece a lei que caberá aos Municípios e ao Distrito Federal, aplicar anualmente o percentual mínimo de 15% dos recursos arrecadados dos impostos previstos no artigo 156 e 158, como também da receita resultante da observância ao artigo 159, inciso I, alínea b do caput e artigo 3º da Carta Magna. Cabe ressaltar que o Distrito Federal segue a regra dos Estados quanto ao percentual mínimo a ser vestido em ações e serviços de Saúde, aplicando o no mínimo 12% do produto da arrecadação dos impostos arrecadados diretamente, que não possam ser segregados em base estadual ou municipal.

Também serão considerados na base de cálculo dos percentuais a serem aplicados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, as compensações financeiras oriundas de transferências e impostos constitucionais previstas no artigo § 2º do artigo 198 da Constituição Federal, já estabelecidas ou definidas posteriormente, como também a dívida ativa, a multa e os juros de moras que tenham origem nos impostos cobrados em processo administrativo ou judicial, de forma direta. Se nas Constituições Estaduais ou nas Leis Orgânicas dos municípios forem estipulados percentuais superiores ao que preceitua a Lex em estudo, estes deverão ser considerados para efeito de aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde.

Os recursos da União serão transferidos para o Fundo Nacional de Saúde, o qual efetuará o rateio aos Estados e Municípios. A movimentação se dará, conforme previsto no artigo 13, inciso 4º da LC nº 141/12, em contas específicas mantidas em instituição financeira federal até a sua destinação final que deverá ocorrer, exclusivamente, através de cheque nominativo, transferência eletrônica disponível, ordem bancária ou mediante qualquer modalidade de saque prevista pelo Banco Central do Brasil, sendo imprescindível a identificação do credor no caso de pagamento, como também se a finalidade atende as diretrizes sobre despesas com ações e serviços de saúde. Vale ressaltar que, no período de julho de 2011 até a data de promulgação dessa Lei, somente era admitida a movimentação financeira dos fundos de saúde através da transferência eletrônica de valores, por força do Decreto Presidencial 7.507/2011.

Em seu artigo 14 prevê a instituição do Fundo de Saúde através de Lei editada pelo poder executivo da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos

Municípios, responsáveis pela gestão dos recursos destinados as ações e serviços de saúde.

Uma das grandes questões a cerca dos Fundos de Saúde residia no fato de rotulá-lo como uma pessoa jurídica pela obrigatoriedade de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas, figurando como uma matriz, o que foi dirimido pelo artigo supracitado da LC 141/12, o qual o definiu como uma unidade orçamentária e gestora dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde (SILVA; SILVA, 2012, p. 5).

Para definição do montante a ser rateado para cada ente federado, deverão ser observadas as necessidades de saúde da população, suas dimensões epidemiológicas, demográficas, socioeconômica, espacial e sua capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, atendendo também ao que preconiza o artigo 35 da Lei nº 8.080/90 e permitindo o cumprimento das diretrizes elencadas no artigo 198, inciso 3º, inciso II da Constituição Federal de 1988. Outra medida importante da LC foi a revogação do artigo 35, inciso 1º da Lei nº 8.080/90, o qual previa a distribuição per capita, sem observar de qualquer outro critério, da metade dos recursos destinados aos Estados e Municípios.

Os montantes a serem transferidos para cada Estado, para o Distrito Federal e para os Municípios serão pactuados e publicados anualmente na comissão de intergestores tripartite e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde, segundo metodologia definida por aquelas entidades. No caso de recursos para investimentos, serão priorizados aqueles que obedeçam aos critérios que tenham como escopo a redução das desigualdades e a integralidade na atenção à saúde quando da oferta de ações e serviços públicos de saúde.

Um dos aspectos mais importantes da nova Lei diz respeito a transferência de recursos destinados as despesas de custeio e de capital com transferência direta para os Estados, para o Distrito Federal e para os Municípios, sem a necessidade de celebração de convênios ou de outros instrumentos jurídicos similares. Dessa forma, observadas as normas de financiamento, poderão ser realizadas transferências voluntárias entre a União e os demais entes federados.

Também em observância dos preceitos delineados no artigo 198, inciso 3º, no rateio de recursos dos Estados para os Municípios, deverá ser atendido o mesmo parâmetro utilizado pela União, com enfoque na redução das desigualdades regionais.

A previsão anual de recursos aos municípios, pactuados pelos gestores estaduais e municipais na comissão integestores bipartite, e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde, deverá constar nos Planos Estaduais de Saúde, que também define a metodologia utilizada na divisão dos recursos.

Incumbe ao Estado, através da Secretaria de Estado da Saúde ou de órgão equivalente, informar ao Conselho de Saúde e ao Tribunal de Contas, a previsão de recursos a serem transferidos para os Municípios, de acordo com o Plano Estadual de Saúde. É o que estatui o artigo 9º, inciso II da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Os repasses estaduais serão efetuados de forma regular e automática aos fundos municipais de saúde, observados os critérios de transferência aprovado pelo Conselho de Saúde respectivo. Há também a possibilidade de transferência voluntária, em situações específicas, na forma do artigo 71, inciso IV da CF (SILVA; SILVA, 2012, p.18).

No intuito de proporcionar a maior oferta de ações e serviços de saúde com reflexo também no custo dos procedimentos e maior resolutividade dos sistema, há previsão legal do estabelecimento de consórcios intermunicipais de saúde, conforme preconiza a Lei nº 8.142/90 (sobre as transferências intergovernamentais), Lei nº 11.107/05 (normas gerais de contratação de serviços públicos) e normas do Sistema Único de Saúde pactuadas na comissão integrestores tripartite, permitindo aos seus participantes o remanejamento dos recursos dos Fundos de Saúde, sejam eles próprios ou oriundos das transferências obrigatórias.

Em seu artigo 22, a LC nº 141/12 estabelece que as vedações que restringem a entrega de recursos dispostas no artigo 167, X da CF (veda transferência voluntária de recursos e a concessão de empréstimos pelos Governos Federal e Estaduais e suas instituições financeiras, para pagamento de despesas com pessoal ativo, inativo e pensionista, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios) e do artigo 25 da Lei Complementar nº 101/00, artigo 25 (Lei de Responsabilidade Fiscal, que refere-se a necessidade de observar o dispositivo constitucional supra citado), não se aplicam aos recursos elencados no artigo 198, inciso 3º, inciso II, da CF, repassados de forma regular e automática, compreendidos como transferência obrigatória e destinada ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS.

Ressalta-se, no entanto que, caso não estejam instituídos e em funcionamento os Fundos e os Conselhos de Saúde inerente à cada ente da federação e na ausência do Plano de Saúde, poderá a União e os Estados condicionarem a entrega dos recursos a regularização dessas pendências.

Aduz ainda que, a cada quadrimestre financeiro, serão apuradas e ajustadas as diferenças entre a receita e a despesa prevista com a efetivamente realizada quando não atenderem aos percentuais mínimos exigidos. Para efeito de fixação inicial dos valores mínimos, considerar-se-á a receita estimada na lei orçamentária anual, atualizada, quando necessário, por lei que autorize a abertura de créditos adicionais.

No final do exercício, será verificado o cumprimento da aplicação dos percentuais mínimos da EC 29/00, considerando as despesas efetivamente liquidadas e pagas, como também aquelas empenhadas e não liquidadas e as inscritas como Restos a pagar, desde que haja recurso em caixa suficiente para absorvê-las e estejam consolidadas no Fundo de Saúde. As despesas realizadas para amortização e encargos financeiros de operações de créditos contratadas a partir de 1º de janeiro de 2000 pelos Municípios, pelos Estados e pelo Distrito Federal para financiar ações e serviços públicos de saúde também comporão as variáveis de gastos de que trata a lei.

Caso os entes federados antes descritos, efetuem despesas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas com esse escopo, ou ainda, utilizar recursos que não fazem parte do rol considerado pela Emenda como vinculável, não serão considerados para efeito de cumprimento da Emenda.

A lei prevê a possibilidade de restrição dos recursos de que trata o artigo 198, inciso 2º, caso os Estados, Municípios e o Distrito Federal não cumpra os percentuais mínimos exigidos. Deixarão de ser repassados os valores correspondente ao montante que deixou de ser aplicado em exercícios anteriores,

sendo os repasses estabelecidos apenas quando a situação for regularizada pelo ente federado.

Também determina a legislação que, uma vez verificada por órgão de controle interno do beneficiário, do Ministério da Saúde ou do ente transferidor a utilização dos recursos em ações e serviços diversos daqueles estatuídos na LC, deverão cientificar o Tribunal de Contas e o Ministério Público competentes (com base na origem dos recursos) para que sejam devolvidos os valores ao Fundo de Saúde respectivo e para que aplique-se as sanções cabíveis.

Quando da elaboração dos planos plurianuais, das leis de diretrizes orçamentárias, da lei orçamentárias e dos planos de aplicação dos recursos do fundo de saúde dos entes federados, estatui que deverá ser observada de forma estrita o que preceitua a LC nº 141/12, cabendo ao Conselho de Saúde deliberar sobre as diretrizes que estabeleçam as prioridades.

Ainda com escopo de proporcionar visibilidade e transparência ao processo, subsidiando a fiscalização, o controle da Gestão da Saúde e sua avaliação, previu a lei que os órgãos gestores da saúde devem dar ampla divulgação, inclusive publicando-as nas diversas mídias disponíveis, as prestações de contas periódicas da área de saúde, para dar conhecimento as instituições da sociedade e a população e evidenciar o cumprimento da LC e permitir a avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS naquele ente federado.

Para subsidiar a emissão de parecer prévio de que trata a Lei nº 101/00, Lei de Responsabilidade Fiscal e de acordo também com o que dispõe o artigo 165, inciso 3º da CF, será elaborado pelo gestor do SUS de cada ente federado, a

prestação de contas contendo o demonstrativo das despesas com saúde que fará parte o Relatório Resumido da Execução Orçamentária, baseado nas informações do quadrimestre anterior.

Até o dia 30 de março do ano posterior a execução orçamentária, deverá ser elaborado pela União, pelos Estados e pelos Municípios, o Relatório de Gestão que será submetido a emissão de parecer conclusivo a cerca do cumprimento ou não do que dispõe a LC. Também deverá ser apreciada para aprovação pelo Conselho, antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias, a programação anual do Plano de Saúde.

O foco prioritário dos órgãos fiscalizadores quando do exame da execução orçamentária dos fundos de saúde é a observância do que dispõe a Lei Complementar nº 141/12 e o artigo 198 da CF. A fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas na lei em apreço, especificamente quanto a elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual; cumprimento das metas estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias; na transferência dos recursos aos Fundos de Saúde; na aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde; na destinação da receita obtida com a alienação dos ativos adquiridos com recursos oriundos da saúde; e na aplicação dos recursos vinculados ao SUS, poderão ser verificadas e fiscalizadas pelo Poder Legislativo, com o auxílio do Tribunal de Contas ou diretamente; através do órgão de controle interno; do Conselho de Saúde e também do sistema de auditoria do SUS.

Caberá ao Ministério da Saúde manter um sistema próprio de registro eletrônico centralizado das informações de saúde, o qual consolidará os dados relativos aos orçamentos e sua execução. Para cumprir essa determinação será

utilizado o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde – SIOPS – ou outro sistema que venha a ser regulado, observando os requisitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Os dados declarados no SIOPS tem fé pública, por isso, o gestor deverá verificar a veracidade das informações e o cumprimento dos prazos determinados, sob pena, inclusive, da suspensão das transferências voluntárias entre os entes federados. Os resultados da avaliação e monitoramento comporão o Relatório de Gestão e serão disponibilizados de forma objetiva.

Constatadas divergências nas informações disponibilizadas aos Tribunais de Contas sobre o cumprimento da lei complementar, serão notificadas a direção local do SUS e o Poder Executivo para adoção das medidas que venham a sanar as irregularidades. A falta de observância aos preceitos da LC nº 141/12 configurará infração, passível da aplicabilidade das sanções dispostas na Lei nº 1.079/1950 (Lei dos Crimes de Responsabilidade); na Lei nº 8.429/1992 (Lei da Improbidade Administrativa) e no Decreto nº 201/1967 (Responsabilidade de Prefeitos e Vereadores).

2.4 Participação popular: o controle social dos SUS

Para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, a lei previu a participação popular, através da criação dos Conselhos de Saúde, órgãos deliberativos que permitem a sociedade civil contribuir para a formulação das políticas públicas na área de saúde e consolidar as premissas democráticas previstas na Constituição Cidadã de 1988.

Na Saúde, a previsão legal de instituição dos Conselhos foi estatuída na Lei 8.080/90 e na Lei 8.142/90. Sua formação se dá de forma paritária, compondo sua estrutura funcional os representantes dos usuários, do governo, dos trabalhadores de saúde e dos prestadores de serviços do município de abrangência. Em termos percentuais, a Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde orienta que as vagas sejam preenchidas da seguinte maneira: 50% de entidades de usuários; 25% de entidades dos trabalhadores da saúde; 25% de representação de governo e de prestadores de serviços. Entre suas atribuições, está o acompanhamento do que dispõe a Emenda 29/00 quanto a aplicação dos recursos mínimos em saúde¹.

Atualmente, as informações do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde – SIOPS – são replicadas para o SARG – SUS, Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão dos Municípios e Estados, com envio das informações para deliberação dos Conselhos vinculados ao ente federado que prestou a informação².

¹ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400014

² <http://www.conasems.org.br/index.php/comunicacao/ultimas-noticias/3255-sargsus-informacoes-sobre-planos-e-programacoes-anuais-de-saude>

3. SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE – SIOPS

3.1 Origem do SIOPS

Para possibilitar a avaliação do desempenho do Sistema Único de Saúde era necessário obter informações financeiras capazes de identificar o perfil de financiamento e do gasto com as políticas públicas implementadas no setor, viabilizando também o aprimoramento da gestão, ao possibilitar a adequada distribuição dos recursos para investimento e custeio da saúde no país.

Em decorrência da crise do financiamento do Sistema Único de Saúde na década de 1990, o Conselho Nacional de Saúde editou Resolução, a qual tinha dois objetivos: (1) estabelecer um software denominado Sistema de Vigilância sobre a Receita, cujo escopo era permitir transparência e controle das Receitas da União, baseada na origem da Arrecadação do Tesouro Nacional e na forma de destinação dos recursos, e (2) apoiar o desenvolvimento de pesquisas destinadas a apurar o perfil do financiamento e do gasto em saúde, por meio da produção de informações sobre os orçamentos públicos de todos os entes federados.

Diante das tentativas infrutíferas nas solicitações das informações necessárias ao atendimento das premissas estabelecidas na Resolução do CNS, instaurou-se em 1994 um Inquérito Civil Público nº 001/94, impetrado pela Procuradoria Geral da República, cujo objetivo era regularizar e superar o baixo índice de informações enviadas.

Foi o Departamento de Informática o DATASUS – responsável pelo fornecimento de suporte tecnológico para coleta dos dados e também para sua consolidação. Inicialmente, o instrumento utilizado foi uma planilha eletrônica, contendo instruções para o seu preenchimento, no intuito de padronizar as informações, as quais deveriam ser gravadas em disquete e enviadas para um endereço eletrônico (email) pré-estabelecido.

Em que pese os esforços empreendidos, o início desse processo foi marcado por muitas dificuldades, das quais destacaram-se: o grau de confiabilidade no preenchimento das planilhas, em virtude de ser possível a dupla contagem de recursos em decorrência dos diversos mecanismos e modalidades de transferências do Sistema Único de Saúde; a ausência de estrutura organizacional para continuidade do processo, requerida por aquele sistema de informação, uma vez que sua operacionalização cabia a uma equipe transitória da Procuradoria Geral da República.

Outro ponto importante do processo foi o relacionamento com o gestor local do SUS, que, inicialmente, não incorporou os benefícios do instrumento para a sua administração, limitando-se a informar os dados apenas pela possibilidade de coerção iminente e com o objetivo exclusivo de propiciar o controle dos gastos pelos órgãos de fiscalização.

Somente em 1999, através de uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde, com apoio do Conselho Nacional de Saúde – CONASS, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, e em parceria com a Procuradoria Geral da República, foi estruturado um grupo de trabalho no âmbito da Secretaria de Gestão de Investimento, internalizando os esforços necessários para o

aprimoramento e condução desse sistema de informações. Assim foi criado o SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, com solução tecnológica contínua sob responsabilidade do DATASUS e equipe de suporte fixada no Ministério da Saúde. Sua institucionalização foi regulamentada pelas portarias interministeriais nº 529, de 30 de abril de 1999, e nº 1.163, de 11 de outubro de 2000, publicadas pela Procuradoria Geral da República e pelo Ministério da Saúde.

3.2 Características do sistema

A sistemática de funcionamento do sistema foi baseada na estratégia bem sucedida adotada pela Secretaria da Receita Federal na coleta dos dados do Imposto de Renda. Os usuários obtêm o programa por meio do portal do MS, preenchem os dados solicitados em cada campo do formulário a partir das informações contábeis dos municípios e estados sobre as receitas e despesas realizadas e enviam o arquivo com os dados gerados através da ferramenta de transmissão disposta no sistema.

O sistema é composto basicamente de três componentes:

- 1) um endereço eletrônico público mantido no Portal do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br/sis/siops);
- 2) os softwares para declaração pelos Estados e Municípios;
- 3) um banco de dados centralizado no Ministério da Saúde.

Durante o preenchimento das informações, o sistema permite a consulta aos recursos de ajuda e são alertados em cada campo pelos filtros de

inconsistência, impedindo o usuário de informar um dado impreciso, o que confere ao processo padronização e maior grau de confiabilidade nas informações fornecidas. Dessa forma é possível a comparação das informações declaradas pelos municípios com os dados internos e externos ao Ministério da Saúde, apontando as discrepâncias durante a inserção dos dados. Também verifica consistência dos dados, consolidando as informações e evitando a dupla contagem de recursos. Cabe salientar que esse cruzamento de dados precede a transmissão dos dados para o DATASUS, sendo o usuário alertado de alguma incongruência antes de prosseguir com o envio das informações.

Entre as funcionalidades dos filtros internos do sistema destaca-se a que permite a verificação de duplicidade de dados entre as despesas da administração direta e indireta, o limite superior a 40% para o percentual de recursos próprios para o percentual de recursos próprios aplicados em saúde e a despesa per capita de saúde em até R\$ 400,00.

O sistema permite também, através de filtros externos, verificar o montante de recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde (Transferências Fundo a Fundo) e os recursos repassados pelo Ministério da Fazenda a Estados e Municípios, oriundos do Fundo de Participação de Estados e Municípios (FPE e FMP), da lei complementar 86/97 (Lei Kandir) e a cota parte do ITR – Imposto Territorial Rural.

Uma vez finalizado o processamento e envio dos dados da declaração ao Ministério da Saúde, é emitido um recibo onde são apresentados os indicadores do município ou Estado responsável pelas informações.

Em consonância com a diretriz da participação e do controle social, além do recibo são geradas correspondências com alguns indicadores de gestão para a autoridade e para o Conselho Municipal de Saúde. No relatório são relacionados dados sobre o montante de despesa própria com saúde per capita, o gasto com pessoal e com medicamentos, e o indicador que indica o cumprimento ou não da EC 29/00.

A natureza das informações do SIOPS é declaratória. O Ministério da Saúde não altera nenhum dado enviado. Caso necessite retificar as informações, o próprio declarante fará a correção em sua base local, retransmitindo-a posteriormente. O sistema foi estruturado a partir dos princípios e diretrizes da Constituição Federal, da legislação ordinária e normas infralegais referentes ao SUS. Dessa forma, assimila corretamente em suas funcionalidades a expressão “ações e serviços públicos de saúde”.

Com relação a terminologia contábil adotada pelo sistema, buscou-se, na medida do possível, seguir a codificação definida pela Secretaria de Orçamento Federal do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Isso foi possível através de uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde, SOF e a Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda para harmonizar as soluções contábeis e facilitar o preenchimento dos dados, ao mesmo tempo em que desagrega as informações pormenorizadas dos itens financeiros da saúde.

A diversidade de situações contábeis e organizacionais dos Estados e Municípios e os fluxos financeiros entre a administração direta e indireta constituíram-se num dos grandes desafios na construção de um formulário padrão

que se adequasse a todas as possibilidades de receitas e despesas dos entes da Federação e evitasse a “dupla contagem” de recursos.

Além de permitir verificar o cumprimento da Emenda 29/00 pelos Estados e Municípios, o SIOPS foi utilizado em 2002 como pré-requisito para alterar a habilitação nas novas condições previstas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS. Seus dados devem integrar obrigatoriamente os Relatórios de Gestão dos municípios habilitados em quaisquer condições de gestão do SUS.

É requisito necessário e imprescindível para o envio dos dados financeiros, o cadastramento de informações sobre o Conselho Municipal de Saúde, como nome do conselheiro, endereço, email e qual a sua vinculação (gestor, usuários, prestadores de serviços). Com base nesses dados, é enviado para o email do Conselho e dos Conselheiros cadastrados, uma cópia do Relatório de Gestão, contendo dados relativos ao SIOPS, onde pode ser verificado o percentual de recursos próprios aplicados pelo município.

Cabe salientar que o SIOPS emite o RREO (Relatório Resumido da Execução Orçamentária de que tratam o inciso 2º do artigo 51 e o artigo 52 da Lei 101/00 e o inciso 3º do artigo 165 da CF), e replica seus dados para o banco de dados da Secretaria do Tesouro Nacional, ficando o município que não informar os dados sujeito a inclusão no Serviço Auxiliar de Informações para Transferências Voluntárias - SAITV. A falta de informação ao SIOPS e a inclusão do ente federado no SAITV impossibilita a União de repassar recursos de natureza voluntária, isto é, qualquer tipo de convênio de cooperação financeira.

4 APLICAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL 29/2000

4.1 Implementação da EC 29/2000 no município de Propriá

O objetivo da EC 29/00 foi o de garantir o aporte mínimo e regular dos recursos financeiros que garantissem aos entes federados a oferta de ações e serviços de saúde necessários ao atendimento eficiente e eficaz à população. Como verificado durante o presente estudo, para a consolidação desse dispositivo regulador do financiamento público da saúde foi necessário a alteração da legislação Constitucional, com a modificação no texto dos artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198, implementando ainda o ADCT com a inclusão do artigo 77.

Rezende³ destaca as alterações aprovadas:

- No artigo 34 da *Constituição Federal*, além da Educação, incluiu-se também a Saúde com a vinculação de percentuais mínimos para a aplicação destas ações;
- No artigo 35, inciso III, o Estado e a União são autorizados a intervir nos municípios nos casos de não aplicação do mínimo;
- O artigo 156, inciso 1º, estabelece a progressividade do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU); além da "progressividade no tempo", também estabelece progressividade em razão do "valor do imóvel". Desse modo, cada município poderá elaborar a sua Lei Municipal que trata do IPTU, incluindo a progressividade em relação ao valor, à localização e uso do imóvel;

³ Rezende C. Nota técnica: a implementação da Emenda Constitucional 29 (Emenda da Saúde).

- O artigo 160, parágrafo único, incisos I e II, veda à União reter ou promover restrição à entrega dos recursos atribuídos ao sistema de saúde;
- O artigo 167, inciso IV, ressalva a vinculação de receitas de impostos para a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde;
- O artigo 198, incisos 2º e 3º, estabelece a aplicação, anual, de recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde.

A sua regulamentação efetiva através da Lei Complementar nº 141/2012 concluiu um ciclo de 24 anos de debates e diversas interpretações sobre sua aplicabilidade e a necessidade da participação efetiva das entidades civis representativas dos gestores de saúde como o CONASS e o CONASEMS, que culminou com a regulamentação transitória consubstanciada na Resolução CNS 322 para regular transitoriamente os pontos controversos da EC 29/00.

Com a entrada em vigor da Lei 141/2012, foi estabelecida para os municípios a responsabilidade de aplicar, no mínimo, 15% dos recursos provenientes da União, cuja base de cálculo corresponde ao que dispõe os artigos 157 e 159, inciso I, “a”, II, correspondente a Receita Líquida de Impostos e Transferências – RLIT, além de definir efetivamente os pressupostos objetivos para determinação do que poderia ser considerado como gasto com “ações e serviços de saúde”.

4.2 Abordagem metodológica

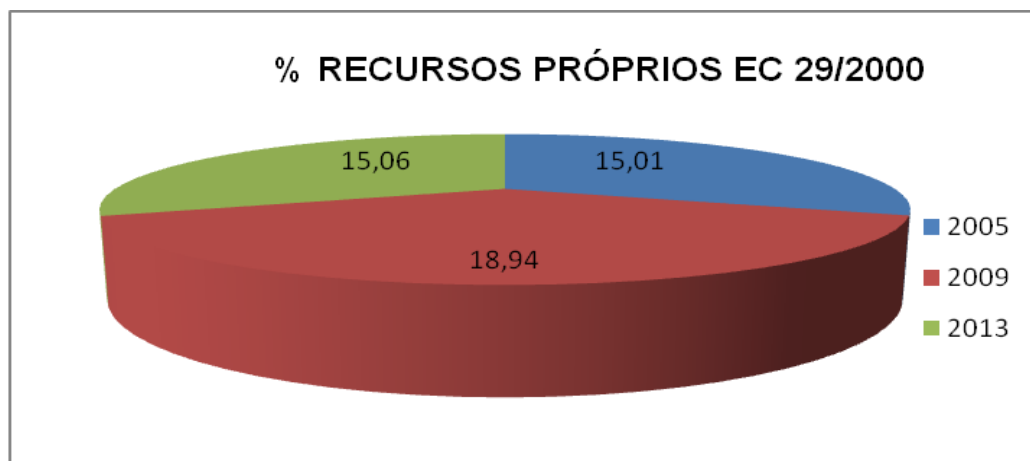
Para Yin (2005), “estudo de caso é uma investigação empírica, um método que abrange tudo – planejamento, técnicas de coleta de dados e análise dos mesmos”. Nessa perspectiva, foi utilizada essa abordagem metodológica no presente estudo, uma vez que baseou-se na análise de informações sobre o cumprimento da Emenda Constitucional 29/2000 no município de Propriá, nos anos de 2005, 2009 e 2013, caracterizando a delimitação da variável de estudo e análise quantitativa (percentual alcançado) e qualitativa (análise dos indicadores encontrados) dos dados referentes a regularidade da aplicação de recursos. Quanto a técnica de pesquisa foi utilizada a documental, exploratória e bibliográfica.

A coleta e tabulação dos dados para mensurar o cumprimento da Emenda Constitucional 29/00 foram realizadas a partir da consulta ao sítio do SIOPS, disponível no endereço <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>, o qual centraliza todas as informações orçamentárias e financeiras, enviadas pelos Fundos Municipais e Estaduais de Saúde, a cada semestre e no final do exercício.

4.3 Percentual recursos próprios aplicados na saúde pelo município de Propriá

Para análise da aplicação dos percentuais mínimos em saúde no município de Propriá nos anos de 2005, 2009 e 2013, foi efetuada consulta no sítio do SIOPS, cujo resultado encontra-se disposto no gráfico 1.

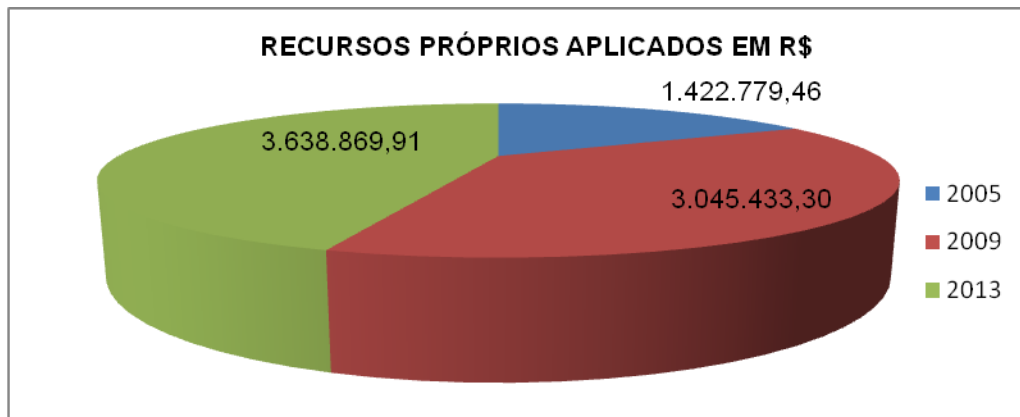
Gráfico 1 – Recursos Próprios Aplicados no Município de Propriá nos anos de 2005, 2009 e 2013



Fonte: SIOPS

De acordo com os dados tabulados, pode-se observar nos anos de 2005 e 2013, que o percentual de investimento em ações e serviços de saúde com a receita vinculável, foi, respectivamente, de 15,01 e 15,06 pontos percentuais, atingindo o indicador mínimo estabelecido para os municípios, conforme regulamentação da Emenda Constitucional 29/00 pela Lei Complementar 141/12. Nota-se, no entanto que, em 2009 os recursos próprios aportados para a saúde no município de Propriá superou em 3,94 pontos percentuais o indicador exigido para aquele exercício, perfazendo 18,94 % da receita própria e vinculável para o setor.

Gráfico 2 – Análise dos Recursos Próprios Aplicados no Município de Propriá nos anos de 2005, 2009 e 2013 expressos em R\$



Fonte: SIOPS

No gráfico 2, quando verificado o volume de recursos gastos com ações e serviços de saúde pelo município, percebe-se um investimento crescente no período analisado, com destaque para os anos de 2005 e 2009, onde foram aplicados, respectivamente, R\$ 1.422.779,46 e 3.045.433,30, o que representa um incremento de R\$ 1.622.653,84.

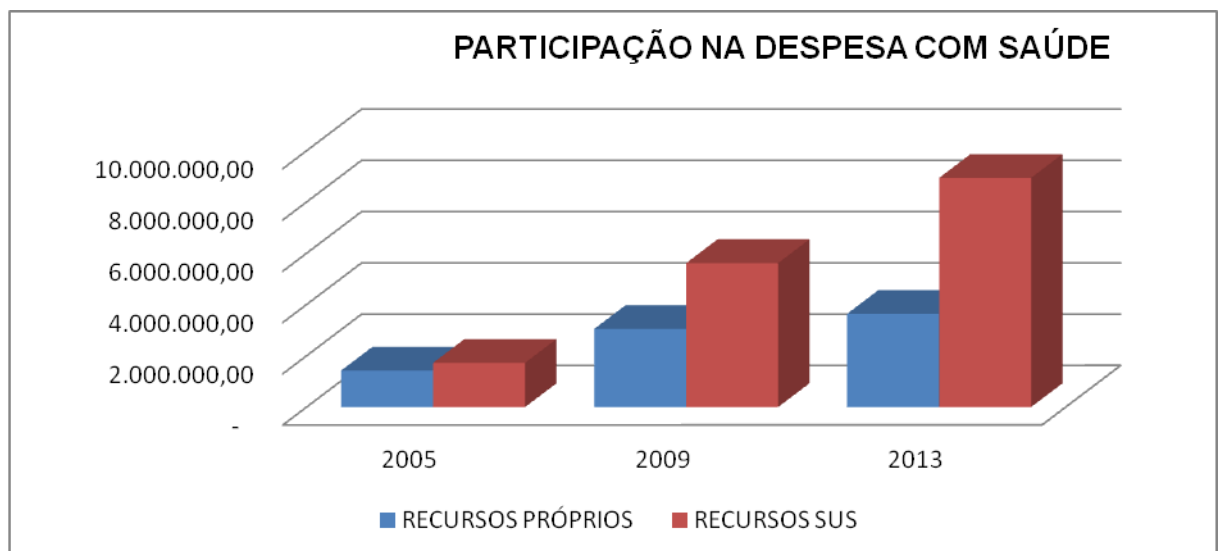
Em termos percentuais, tem-se um aumento de 114,04 %, o que indica um gasto duas vezes maior em relação ao ano de 2005. Em 2013, na mesma perspectiva de crescimento, a receita própria teve um aumento de R\$ 593.436,61, ou seja, 19,48% mais que no ano de 2009. Quando analisada a média anual de recursos aplicados no setor, chega-se a seguinte equação: no período de 2005 a 2009, este indicador foi de 28,5%; já no intervalo entre os exercícios de 2009 e 2013 temos um número estabilizado em 4,87% de acréscimo entre cada ano.

4.4 Participação do SUS na despesa total

De forma análoga a evolução dos investimentos com recursos próprios na saúde, temos nos anos de 2005, 2009 e 2013, um aumento crescente na participação dos recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde para o município de Propriá. Em 2005, foram aplicados R\$ 1.1725.109,26, representando 54,80% do dispêndio financeiro com saúde município; em 2009, têm-se 64,84% do saldo total aplicado, atingindo o montante de R\$ 5.616.155,80 e, no ano de 2013, R\$ 8.941.540,27, o que corresponde a 71,08% de todo o investimento no setor.

Gráfico 3 – Percentual de Participação do SUS na Despesa Total com Saúde

FONTE	2005	2009	2013
RECURSOS PRÓPRIOS	1.422.779,46	3.045.433,30	3.638.869,91
RECURSOS SUS	1.725.109,26	5.616.155,80	8.941.540,27



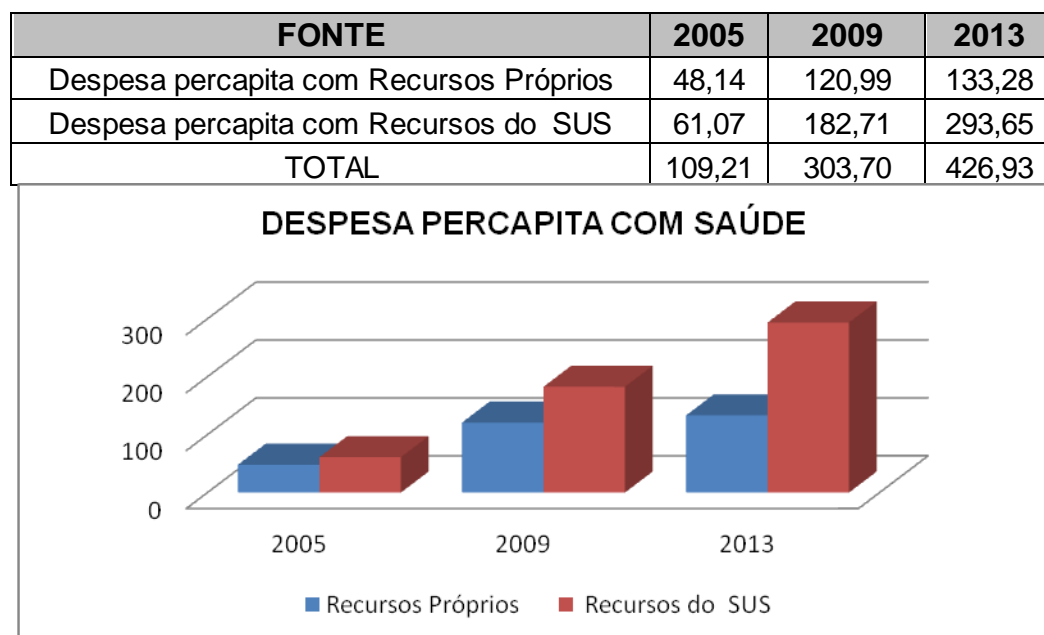
Fonte: SIOPS

4.5 Evolução do gasto percapita com saúde

Um indicador importante para mensurar o nível de investimento em saúde pelos entes federados é o gasto per capita com saúde. No período analisado tem-se um perfil de crescimento semelhante aos valores aplicados em ações e serviços de saúde, refletindo um maior grau de descentralização, tanto dos recursos, quanto do número de habitantes que recebem atendimento na rede municipal de saúde de Propriá.

Em 2005, foram gastos um total de R\$ 109,21 por habitante; em 2009, houve um incremento de 178,08% nesse indicador, atingindo o montante de R\$ 303,70 e, em 2013, houve um aumento da ordem de R\$ 123,23 percapita, totalizando R\$ 426,93 aplicados na saúde para cada habitante. No Gráfico 4 temos a evolução desse parâmetro observada nos anos de 2005, 2009 e 2013.

Gráfico 4 – Evolução do Gasto percapita com Ações e Serviços de Saúde



Fonte: SIOPS

O aumento da receita investida no município de Propriá verificado através do presente estudo, principalmente pela União, é fruto da arrecadação crescente dos impostos federais, como também do atendimento as premissas das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (1991, 1992, 1993 e 1996) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (2001 e 2002), editadas através de Portarias do Ministério da Saúde, em consonância com os órgãos colegiados representativos como o CONASS, o CONASEMS.

Através desses instrumentos de gestão, os municípios podem, voluntariamente, habitarem-se em um dos níveis organizacionais institucionalizados, assumindo uma série de compromissos de acordo com o modelo assistencial em que forem habilitados, com inclusão de novos programas assistenciais, passando a perceber um incremento nos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. No processo de descentralização da Saúde no país, foram editadas quatro Normas Operacionais Básicas de Saúde: NOB SUS 01/91; NOB SUS 01/92, NOB SUS 01/93 e NOB SUS 01/96 e duas Normas Operacionais de Assistência à Saúde, a NOAS SUS 01/01 e NOAS SUS 01/02.

Nesse contexto, de acordo com o Plano de Saúde de Propriá, elaborado para o período de 2009 a 2013, o município encontra-se habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica, de acordo com a NOAS 01/02, sendo responsável pela disponibilização de ações e serviços de saúde de média complexidade para Propriá e para os 15 municípios que compreendem sua Microrregião o que justifica o aumento significativo da receita transferida pelo Fundo Nacional de Saúde, que atingiu a cifra de R\$ 8.941.540,27 em 2013.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde foi alçada a condição de direito fundamental, com previsão de mecanismos que possam assegurar sua efetivação. É criado o SUS cujas premissas estão na Lei nº 8080/90. Por ser uma política pública de grande abrangência e imprescindível para consolidar o papel do Estado enquanto responsável pelo bem estar da população era necessário o aporte de recursos capazes de fazer frente ao grande desafio de equacionar as necessidades constantes e infinitas de atendimento, com um volume de recursos proporcional as demandas.

Mas, mesmo com a legitimação constitucional desse direito, persistia um grande problema para a consolidação de suas prerrogativas: o sub-financiamento causado pela ausência de regras claras quanto a distribuição dos recursos da União para os demais entes federados e o estabelecimento de parâmetros mínimos para aplicação dessas receitas segundo a competência para oferta de ações e serviços de saúde á população.

Após várias crises enfrentadas pelo setor, com destaque para a retirada dos 30% do orçamento da seguridade social pelo Ministro da Previdência em 1993, foi proposta, em 13 de setembro de 2000, uma emenda constitucional denominada EC 29/00, cujo escopo era a garantir o aporte mínimo de recursos para financiamento da saúde, através da alteração dos dispositivos constitucionais estampados nos artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198, este último reformado quase que integralmente, dispondo em seus parágrafos 2º e 3º o estabelecimento dos percentuais mínimos e a respectiva responsabilidade de cada sujeito público nacional no processo.

Em virtude da lacuna do artigo 198 parágrafo 3º da CF, que previa a elaboração de Lei Complementar para estabelecer as regras a serem observadas no cálculo do mínimo a ser aplicado por cada ente federado na saúde e previa definição do que poderia ser considerado gasto com “ações e serviços de saúde”. Foram mais doze anos de instabilidade no financiamento do setor, que contou nesse período, com uma Resolução do Conselho Nacional de Saúde, CNS, 316/02, substituída pela Resolução CNS 322/02, a qual trazia “orientações”, não vinculantes por ser apenas um ato administrativo com a interpretação dos trechos omissos do artigo constitucional em apreço.

Com promulgação da Lei Complementar 141/2013, foram sanadas as lacunas da Constituição, definindo os percentuais mínimos a serem observados e conceituando definitivamente o que poderia ser considerado despesa com “ações e serviços de saúde”.

Para verificar o cumprimento desse importante instrumento de consolidação do direito social à saúde, foi elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria de Investimento da União e Secretaria do Tesouro Nacional e suporte tecnológico do Departamento de Informática do SUS – DATASUS um sistema de informação de domínio público, que reúne todas as informações orçamentárias e financeiras da União, dos Estados e dos Municípios.

Em observância ao preceito da Publicidade na gestão Pública e no atendimento das prerrogativas do Controle Social estampadas na Lei nº 8.080/90 e 8.142/90, o software prevê o cadastramento de todos os membros dos Conselhos de Saúde ao qual estão vinculados, permitindo o envio de informações sobre o

cumprimento da EC/29 no momento da geração dos dados para o servidor do DATASUS.

O Município de Propriá, assim como todos os demais entes federados passaram a enviar semestral e anualmente as informações consolidadas das receitas e dos gastos com ações e serviços de saúde, o que permite a consulta em tempo real das informações a cerca dos investimentos em ações e serviços de saúde, bem como verificar o percentual que esses dispêndios representam e se estão compatíveis com o que a lei preconiza.

Nesse diapasão, efetuamos a análise de três exercícios financeiros do Fundo Municipal de Saúde de Propriá nos anos de 2009, 2009 e 2013, onde pode ser observado o atendimento aos preceitos constitucionais, tendo alcançado, respectivamente, os seguintes percentuais de investimento: 15,01%, 15,06% e 18,94%.

Assim, verifica-se a importância da EC 29/00 e da Lei Complementar 141/12 na busca da garantia à saúde e na consolidação do Sistema Único de Saúde como preceito positivado na Constituição Federal de 1988, imprescindível para alcance das condições do bem estar físico e mental e da dignidade da pessoa humana.

REFERÊNCIAS

AGRA, Walber de Moura. **Curso de Direito Constitucional**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

BRASIL. **Lei Nº 4.320, de 17 março de 1964**. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

_____. **Lei 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.

_____. **Emenda Constitucional Nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 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.

CARVALHO, Gilson. **Comentários à Lei Complementar 141 de 13/1/2012**. Disponível em: <<http://blogsaudabrasil.com.br>>. Acesso em: 07 mai. 2014.

CEAP, Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Financiamento do SUS: A luta pela efetivação do direito humano à saúde**. Passo Fundo, 2005.

CNS, Conselho Nacional de Saúde (Brasília). **Informativo Eletrônico do CNS: Financiamento da saúde é garantido por lei**. Número 12, janeiro de 2006. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 mai. 2014.

GONDIM, Roberta et al (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. 2ªed, Rio de Janeiro: EAD/ Ensp, 2011.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquemático**. 15º ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

MANSUR, Marília Coser. **O FINANCIAMENTO FEDERAL DA SAÚDE NO BRASIL: TENDÊNCIAS DA DÉCADA DE 1990**. 2001. 120 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

MORAES, Alexandre de. **Direitos humanos fundamentais: teoria geral, comentários aos arts. 1º a 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, doutrina e jurisprudência**. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial de Saúde**. Nova Iorque, 1946.

PORTO, Sílvia Marta. Avanços e problemas no financiamento da saúde pública no Brasil. **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 40, p.576-578, 2006.

REZENDE, Conceição. **Nota Técnica: a implementação da emenda constitucional 29 (emenda da saúde)**. Minas Gerais, 2003.

RUSSO, Luciana. **Direito Constitucional**. São Paulo: Saraiva, 2010.

SANTOS, Lenir. **LEI COMPLEMENTAR 141/2012: novo marco das transferências interfederativas no SUS**. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

SARLET, Ingo Wolfgang et al. (Org.). **Direitos fundamentais: orçamento e "reserva do possível"**. 2ªed Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

SILVA, Gilberto Fonte Boa da; SILVA, Mauro Lúcio da. **A Lei Complementar nº 141/2012 e o gestor público da saúde**. Rio de Janeiro: Cosems RJ, 2012.

SPITZCOVSKY, Celso; MOTA, Leda Pereira da. **Direito constitucional**. 9ª Rio de Janeiro: Forense, 2008.

TEIXEIRA, Hugo Vocurca; TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 2, n. 8, p.379-391, 2003.

94

UGÁ, Maria Alicia Domínguez; SANTOS, Isabela Soares. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1597-1609, 2006.