

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS

Gustavo Aguiar Schwanck

**DIREITO À SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO
SUL: O (DES)CUMPRIMENTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL
Nº 29/2000 NO PERÍODO DE 2006 A 2011**

Porto Alegre - RS
2012

Gustavo Aguiar Schwanck

**DIREITO À SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO
SUL: O (DES)CUMPRIMENTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL
Nº 29/2000 NO PERÍODO DE 2006 A 2011**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Administração.

Orientador: Prof. Aragon Érico Dasso Júnior

Porto Alegre - RS
2012

Gustavo Aguiar Schwanck

**DIREITO À SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO
SUL: O (DES)CUMPRIMENTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL
Nº 29/2000 NO PERÍODO DE 2006 A 2011**

Trabalho de conclusão de curso de graduação
apresentado ao Departamento de Ciências
Administrativas da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, como requisito parcial para a
obtenção do grau de Bacharel em
Administração.

Orientador: Prof. Aragon Érico Dasso Júnior

Conceito Final:

Aprovado em de de 2012.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr.- Instituição

Prof. Dr.- Instituição

Prof. Dr.- Instituição

Orientador – Prof. Dr. Aragon Érico Dasso Júnior – UFRGS

Aos meus pais, com amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por mesmo eu tendo me afastado Dele na maior parte de minha faculdade, Ele não ter se afastado de mim.

Agradeço aos meus pais, Reginaldo e Tania por absolutamente tudo. Cada um de seus atos foi uma oportunidade que eu tive para crescer e me tornar o que sou. Aos meus irmãos, André e Camila, pelo apoio e amor incondicional e que felizmente posso dizer ser recíproco.

Ao meu professor e orientador, Dr. Aragon Érico Dasso Júnior, pelas conversas e sugestões para a monografia, pelo tempo e paciência a mim dedicados e por sua colaboração no meu aprendizado sobre Gestão Pública.

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela oportunidade de fazer o curso.

Aos meus queridos amigos de Eldorado do Sul, especialmente ao Leonardo Pereira pelo incentivo para seguir a carreira pública e amizade ao longo dos últimos dez anos, e ao Isaac Auler, companheiro de estrada e de aventuras inesquecíveis.

Por fim, meu mais sincero agradecimento a Caroline, minha amada, pela força e apoio incondicionais em todos os momentos.

Valente galo de rinha,
Guasca vestido de penas!
Quando arrastas as chilenas
No tambor de um rinhedeiro,
No teu ímpeto guerreiro
Vejo um gaúcho avançando
Ensanguentado, peleando,
No calor do entreveiro!

Pois assim como tu lutas
Frente a frente, peito nu.
Lutou também o xirú
Na conquista deste chão...
E como tu sem paixão
Em silêncio ferro a ferro,
Caía sem dar um berro
De lança firme na mão!

Evoco nesse teu sangue
Que brota rubro e selvagem.
Respingando na serragem,
Do teu peito descoberto,
O guasca no campo aberto,
De poncho feito em frangalhos.
Quando riscava os atalhos
Do nosso destino incerto!

Deus te deu, como ao gaúcho
Que jamais dobra o penacho,
Essa de altivez de índio macho
Que ostentas já quando pinto:
E a diferença que sinto
E que o guasca, bem ou mal!,
Só luta por um ideal
E tu brigas por instinto!

Por isso é que numa rinha
Eu contigo sofro junto,
Ao te ver quase defunto.
De arrasto, quebrado e cego,
Como quem diz: "Não me entrego,
Sou galo, morro e não grito,
Cumprindo o fado maldito
Que desde a casca eu carrego!"

E ao te ver morrer peleando
No teu destino cruel.
Sem dar nem pedir quartel.
Rude gaúcho emplumado.
Meio triste, encabulado,
Mil vezes me perguntei
Por que é que não me boleei
Pra morrer no teu costado?

Porque na rinha da vida
Já me bastava um empate!
Pois cheguei no arremate
Batido, sem bico e torto...
E só me resta o conforto
Como a ti, galo de rinha,
Que se alguém dobrar-me a espinha
Há de ser depois de morto!

(Poema *Galo de Rinha*, de Jayme Caetano Braun)

RESUMO

Este trabalho tem como objeto o estudo do financiamento da saúde pública no estado do Rio Grande do Sul (RS), no período entre 2006 e 2011. Aborda o papel do Governo estadual no tocante ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC nº 29/2000), que definiu o percentual mínimo do orçamento a ser aplicado no setor saúde. Foi analisado o desempenho das contas da saúde pública do Governo do RS através dos pareceres emitidos pelo Tribunal de Contas do Rio Grande do Sul (TCE-RS), bem como a base de cálculo utilizada pelo referido Tribunal e pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) no cômputo do mínimo constitucional previsto de acordo com a legislação vigente. O trabalho revela que este período foi marcado pela falta de regulamentação do art. 198, § 3º, da Constituição Federal (CF), conduzindo a um conflito entre as definições de receita e despesa em ações e serviços públicos de saúde, levando ao descumprimento da EC nº 29/2000 no estado do RS.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde (SUS); Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC nº 29/2000); Tribunal de Contas do Rio Grande do Sul (TCE-RS); Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

ABSTRACT

This work aims to study the financing of public health in the state of Rio Grande do Sul (RS), in the period between 2006 and 2011. Discusses the role of the State Government regarding the funding of actions and services on public health in accordance with the Constitutional Amendment nº 29/2000 (EC nº 29/2000), which defined the minimum percentage of the budget to be applied in the health sector. It analyzed the performance of the accounts of public health from the Government of RS through opinions issued by the Court of Audit of Rio Grande do Sul (TCE-RS), as well as the calculation basis used by this Court and the Information System on Public Budgets Health (SIOPS) in the computation of minimum constitutional provided in accordance with current legislation. The work reveals that this period was marked by a lack of regulation of art. 198, § 3 of the Federal Constitution (FC), leading to a conflict between the definitions of income and expense in actions and services on public health leading to breach of EC nº 29/2000 in the state of RS.

Keywords: Single Health System (SUS); Constitutional Amendment No. 29/2000 (EC nº 29/2000); Court of Audit of Rio Grande do Sul (TCE-RS); Information System on Public Health Budget (SIOPS).

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL.....	15
1.1 CONCEITO DE DIREITO À SAÚDE	15
1.2 A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL	16
1.3 A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988	18
1.4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	21
1.4.1 Origens do SUS	21
1.4.2 A lei do SUS	26
1.5 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO 1	35
2. O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL.....	38
2.1 ANTECEDENTES DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29/2000	38
2.2 A EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29/2000	41
2.3 A REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29/2000.....	49
2.4 A SITUAÇÃO ATUAL	52
2.5 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO 2	66
3. ANÁLISE DO (DES)CUMPRIMENTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29/2000 NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.....	70
3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	71
3.2 ANÁLISES DOS EXERCÍCIOS FINANCEIROS.....	72
3.2.1 Ano base 2006	72
3.2.2 Ano base 2007	73
3.2.3 Ano base 2008	75
3.2.4 Ano base 2009	76
3.2.5 Ano base 2010	79
3.2.6 Ano base 2011	80

3.3	CONTROLE SOCIAL	82
3.4	CONCLUSÃO DO CAPÍTULO 3	86
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
	REFERÊNCIAS	91

INTRODUÇÃO

A saúde, conforme a Constituição Federal (CF) de 1988, é direito de todos e dever do Estado, a ser assegurado mediante a adoção de políticas públicas, como garantia do acesso universal igualitário a suas ações e serviços. Trata-se, portanto, de um direito fundamental da cidadania brasileira.

A Carta Magna, em seu artigo 195, asseverou que a saúde pública será financiada por toda 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. Previu, também, no artigo 198, a forma de organização do sistema, definindo que as ações e os serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado com observância de diretrizes pré-definidas. Esse sistema, criado com o intuito de garantir à população brasileira o acesso ao atendimento público de saúde, anteriormente restrito, foi denominado Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o advento da Emenda Constitucional (EC) nº 29, de 13 de setembro de 2000, a chamada de EC da saúde, estabeleceu-se a vinculação de recursos nas três esferas de governo para um processo de financiamento mais estável do sistema de saúde. No que concerne aos estados, foram instituídos percentuais mínimos do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 155 da CF, e dos recursos de que tratam os artigos 157 e 159, I, alínea “a”, e II, da CF, a serem aplicados para essa finalidade.

A Constituição da República, em seu artigo 5º, § 1º, dispôs que as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais, como o direito à saúde, têm aplicação imediata. Ainda assim, mesmo após a publicação da EC nº 29/2000, alguns aspectos ainda necessitavam de regulamentação pelo Congresso Nacional, a exemplo do artigo 198, § 3º da CF, incluído pela Emenda supracitada, que previu edição de lei complementar, a ser reavaliada

pelo menos a cada cinco anos, para dispor sobre o percentual mínimo anual a ser aplicado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Em 13 de janeiro de 2012, foi publicada a Lei Complementar (LC) nº 141, que regulamentou o referido artigo para dispor 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.

Importante salientar que, embora a saúde seja expressamente definida como um direito social na Carta Magna (artigo 6º), seu financiamento careceu de regulamentação adequada durante um longo período, ocasionando diferentes interpretações dos entes federativos quanto aos critérios de aplicação. Foram quase doze anos entre a promulgação da Lei Maior, em 1988, e o advento da EC nº 29/2000; entre a Emenda referida e a aprovação da LC nº 141/2012, transcorreu mais um período de duração semelhante.

Nesse cenário, antes da edição da lei complementar referida, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) elaborou uma Resolução dispondo acerca da regulamentação da EC nº 29/2000 - Resolução do CNS nº 316/2002, reeditada por meio da Resolução do CNS nº 322/2003 - como diretriz para a aplicação uniforme do referido ditame constitucional.

No entanto, o estado do Rio Grande do Sul (RS), consoante os dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), não só não atingiu o mínimo constitucional previsto, como também tem demonstrado ser um dos estados que apresenta maior dificuldade no financiamento da saúde pública, de maneira que apresenta um dos piores índices de investimento de acordo com o mesmo SIOPS. Porém, tal interpretação não parece pacificada, havendo divergência com relação ao Tribunal de Contas do Rio Grande do Sul (TCE-RS). Neste contexto, esta pesquisa busca solucionar a seguinte problemática: o estado do Rio Grande do Sul cumpriu com o percentual mínimo anual definido constitucionalmente em ações e serviços públicos de saúde, no período de 2006 a 2011?

Por conseguinte, o objetivo geral deste trabalho será examinar a composição do gasto público em saúde no âmbito do estado do RS, à luz da EC nº 29/2000. Mais especificamente, os objetivos são: analisar as diretrizes constitucionais e os princípios que organizam a saúde pública no Brasil; examinar a forma, definida em lei, do financiamento das ações e serviços públicos em saúde; e por fim, analisar a base de cálculo utilizada no cômputo do mínimo constitucional previsto pela EC em tela nos exercícios financeiros dos anos de 2006 a 2011.

A justificativa do estudo tem como base a preocupação com o cumprimento do mínimo constitucionalmente definido para o setor saúde no estado do RS, uma vez que, conforme anteriormente explicitado, a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo o Poder Público assegurar recursos suficientes para a garantia desse direito.

Esta pesquisa será desenvolvida através da metodologia de um estudo de caso, permitindo uma análise bibliográfica através de leis, livros, periódicos, artigos publicados no Brasil acerca da temática; e ainda, uma análise qualitativa e quantitativa, embasada em dados do TCE-RS e do SIOPS em relação ao financiamento da saúde pública.

Estruturalmente, o trabalho está dividido em três Capítulos.

O Capítulo I (“O direito à saúde no Brasil”) discorre acerca da definição do conceito de saúde, de sua caracterização como direito fundamental, e do tratamento dado à saúde na Constituição Federal de 1988, incluindo a questão pertinente ao SUS, no que concerne à origem e à lei instituidora.

O Capítulo II (“O financiamento da saúde no Brasil”) versa sobre a Emenda Constitucional nº 29/2000, seus antecedentes, seus preceitos e sua regulamentação, bem como da situação atual da saúde no país, com o advento da Lei Complementar nº 141/2012, que regulamenta o artigo 198, § 3º da CF.

Capítulo Final (“Análise do cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000 no Estado do Rio Grande do Sul”) procedeu-se à análise dos exercícios financeiros dos anos de 2006 a 2011, através dos pareceres prévios

do TCE-RS e dos dados publicados pelo SIOPS, no que tange aos critérios de financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Estado do RS, bem como o controle social exercido pelo Conselho Estadual de Saúde do Estado mencionado (CES-RS).

Por fim, conclui-se de forma a solucionar a problemática apresentada na presente pesquisa.

Contudo, 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 Estado do RS no período supracitado. Busca-se, apenas, demonstrar os critérios utilizados para a base de cálculo do financiamento das ações e serviços públicos de saúde, assim como as contas mais controversas a integrar o rol de gastos relativos à área.

1. O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

1.1 CONCEITO DE DIREITO À SAÚDE

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social (OMS, 1946).

Esse direito, garantido constitucionalmente no Brasil, instiga o Estado ao cumprimento das demandas que possam propiciar aos cidadãos uma vida sem nenhum comprometimento que afete seu equilíbrio físico ou mental. Sua extensão de incidência é muito ampla, já que engloba todas as medidas que protegem a integridade da pessoa humana. Portanto, exige medidas de caráter preventivo, com o objetivo de impedir o surgimento de doenças, e medidas de caráter recuperativo, visando restabelecer o bem-estar da população.

Essa prerrogativa se classifica como um direito de segunda dimensão, pois evolui da concepção individualista restrita dos direitos de primeira dimensão para uma concepção plurisubjetiva, focada no social, em que a atuação dos entes estatais se mostra imprescindível para a implementação do direito à saúde (AGRA, 2012, p. 836-837). Desse modo, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (LENZA, 2011, p. 975).

1.2 A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL

Os direitos humanos fundamentais surgiram, em sua concepção atualmente conhecida, como produto da união de diversas fontes, desde tradições arraigadas nas distintas civilizações, até a conjugação dos pensamentos filosófico-jurídicas, das ideias surgidas com o cristianismo e com o direito natural. Tais ideias encontravam um ponto fundamental em comum: a necessidade de controle e limitação dos abusos de poder praticados pelo Estado e suas autoridades constituídas, e a consagração dos princípios basilares da igualdade e da legalidade como regentes do Estado moderno e contemporâneo.

Dessa feita, a noção de direitos fundamentais é anterior ao surgimento da ideia de constitucionalismo, que tão somente consagrou a necessidade de insculpir um rol mínimo de direitos humanos e em um documento escrito, derivado diretamente da soberana vontade popular. Importante salientar que o Direito Constitucional é um ramo do Direito Público, destacado por ser fundamental a organização e o funcionamento do Estado, a articulação dos elementos primários do mesmo e ao estabelecimento das bases da estrutura política (MORAES, 2007, p.1).

Os direitos humanos fundamentais, a partir da segunda metade do século XX, passaram a fazer dos textos constitucionais do Ocidente, consagrando o respeito à dignidade da pessoa humana, garantindo a limitação de poder e visando o pleno desenvolvimento à personalidade humana.

Entretanto, essa construção de direitos fundamentais em textos constitucionais, remete a conquistas iniciadas ainda no século XVIII, quando da independência dos Estados Unidos e da Revolução Francesa, respectivamente pela via da Declaração de Direitos do Bom Povo de Virgínia (1776) e da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789). Porém, tais declarações introduzem apenas direitos civis (individuais), conhecidos como direitos de primeira geração ou primeira dimensão. Tais direitos, normalmente

sintetizados na liberdade, na igualdade formal, na segurança jurídica, na vida e na propriedade, também podem ser denominados de direitos de prestação negativa, pois buscam, sobretudo, uma não interferência do Estado na vida das pessoas. É por isso que esse rol de direitos é um pleito da classe burguesa ascendente do século XVIII. Tal classe necessitava de um Estado de caráter liberal, que garantisse segurança e direitos individuais, não interferindo na dimensão econômica e social da vida.

No início do século XX, surgiram diplomas constitucionais fortemente marcados pelas preocupações sociais, como se percebe na Constituição Mexicana de 1917, na Constituição de Weimar de 1919, na Constituição Soviética de 1918 e na Carta do Trabalho editada pelo Estado Fascista Italiano em 1927 (MORAES, 2007, p. 2; 11). É nesse contexto que se apresenta a ideia de saúde como um direito social.

Os direitos sociais, denominados pela doutrina de direitos de segunda geração ou segunda dimensão, surgem dentro de um processo de profundas reformulações sociopolítico-econômicas ocorridas no século mencionado. Fundamentalmente, os direitos sociais, também denominados de direitos de prestação positiva, ao contrário dos direitos individuais, são uma conquista do proletariado, pois trazem uma lógica de interferência do Estado na vida das pessoas. Tais direitos são não apenas direitos da cidadania, mas também deveres do Estado para com essa mesma cidadania. Possuem, portanto, como característica primordial a intervenção do Estado em vários setores da sociedade para assegurar condições mínimas de vida aos cidadãos (AGRA, 2012, p.829).

É apenas em 1948 que surge a Declaração Universal dos Direitos Humanos, consagrando não apenas os direitos civis como direitos fundamentais, mas, sobretudo, agregando ao primeiro rol de direitos, um novo elenco de direitos sociais, econômicos e culturais.

A saúde, destarte, é caracterizada como um direito social, juntamente com 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, consoante estabelece o art. 6º da Constituição Federal (SARLET et al., 2010, p. 238). Especialmente no tocante à saúde, a doutrina aponta uma dupla vertente: o Estado ou terceiros devem abster-se de praticar atos que prejudiquem terceiros (natureza negativa), e fomenta-se um Estado prestacionista para implementar o direito social (natureza positiva) (LENZA, 2011, p.975).

1.3 A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

A Lei Maior de 1988 foi a primeira a agasalhar o direito à saúde, que antes não fora previsto por nenhuma outra, disciplinando-a em seu artigo 6º e nos artigos 196 e seguintes. Nesse contexto, a ordem social se apartou da ordem econômica, demonstrando sua autonomia e atestando que sua concretização não está subordinada de forma absoluta a conjunturas financeiras. Dessa feita, tendo em vista que os direitos fundamentais foram alcançados ao patamar mais elevado da estrutura jurídica, a Constituição de 1988 representou uma evolução normativa (AGRA, 2012, p. 835).

Consoante o artigo 196 da CF, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Tendo a CF reconhecido o direito à saúde como direito fundamental, importante frisar, em primeiro lugar, que as normas que o garantem tenha aplicação imediata, na forma do artigo 5º, § 1º desse diploma, que assim dispõe:

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.

Esse entendimento, a despeito de alguma discrepância inicial, está sedimentado e decorre da própria concepção de normatividade direta da Constituição.

Ainda, pela capacidade de atribuição de sentido que podem exercer, é importante mencionar algumas disposições constantes do Preâmbulo e do Título referente aos Princípios Fundamentais, que guardam evidente relação com a temática abordada. Assim, no Preâmbulo consta de modo expresso que o Estado Democrático instituído pela norma constitucional é destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, e entre outros valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos.

Logo na inauguração do texto constitucional, o artigo 1º refere, em seu inciso III, a dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado Democrático de Direito em que se constitui a República Federativa do Brasil, a qual tem por objetivo construir uma sociedade livre, justa e solidária, na forma do artigo 3º, inciso I. O compromisso do país com a prevalência dos direitos humanos reflete-se igualmente nas relações internacionais, nos termos do artigo 4º, inciso II, da Carta Magna (SARLET et al., 2010, p. 238).

Conforme previsto no artigo 193 da CF, a Ordem Social tem como base o primado do trabalho e como objetivos o bem-estar e a justiça social. Diferentemente do que ocorre com a Ordem Econômica, a teor do artigo 170, na qual a justiça social é um meio de atuação, aqui essa justiça será uma finalidade, de modo que o direito a saúde se caracterizará como um típico direito de justiça social (SARLET et al., 2010, p. 239).

É necessário, ainda, situar a temática da saúde dentro do quadro da Seguridade Social, termo amplo, que descreve, na forma do artigo 194, o 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, destacando-se os seus princípios orientadores e as formas de seu financiamento, que passam a ser indicados (LENZA, 2011, p.1057).

Com efeito, a Seguridade Social, fundada na solidariedade, tem sua organização incumbida aos Poderes Públicos e visa atingir os objetivos constitucionalmente definidos no artigo 194, parágrafo único (SPITZCOVSKY; MOTA, 2008, p. 305). Observa-se que o artigo 194 assim dispõe:

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.

A Seguridade Social, nos termos do artigo 195 da CF, será financiada por toda 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 (LENZA, 2011, p. 1057). Já o artigo 197 dispõe que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

O artigo 198, por sua vez, esboça em linhas gerais, a forma de organização do sistema, quando prevê que ações e os serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema

único, organizado com observância de diretrizes pré-definidas. Esse mesmo dispositivo, em seus parágrafos, estabelece algumas regras sobre o financiamento do sistema único de saúde, impondo obrigações a todos os entes da federação, em sintonia com o princípio federativo, previsto nos artigos 1º, 18, e 60, § 4º, inciso I, da CF (SARLET et al., 2010, p. 240).

Com efeito, a Constituição referida reproduziu um avanço de demandas políticas e sociais, propondo um sistema de proteção social que reformulava e transformava toda a organização do setor saúde. Este sistema especificado na Constituição foi denominado Sistema Único de Saúde (SUS).

1.4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

1.4.1 Origens do SUS

Até a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde não era reconhecida como um direito de todos, sendo, portanto, o atendimento à saúde de responsabilidade de cada indivíduo. As políticas desenvolvidas pelo Estado eram restritas e focalizadas.

Nas primeiras décadas do século passado, o Estado brasileiro restringia a sua atuação em saúde em ações de saneamento nas grandes cidades e portos, e no combate a epidemias, principalmente quando estas epidemias interferiam na economia. Um exemplo se deu no início do século XX, com o combate à febre amarela e a outras doenças infecto-contagiosas através de programas de saneamento no Rio de Janeiro e no porto de Santos, que resultaram também na campanha de vacinação obrigatória.

Não sendo a saúde considerada um direito de todos e nem alvo de políticas públicas, restava às pessoas que tinham recursos procurar médicos particulares e até soluções no exterior. As que não dispunham de recursos dependiam da caridade (daí vem a história das santas casas de misericórdia, e da atenção à saúde como caridade) ou das parteiras e dos curandeiros.

Em 1923, os movimentos trabalhistas urbanos criam as Caixas de Aposentadorias e Pensões, através da promulgação da Lei Eloy Chaves, que são transformadas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões–IAPs, com forte peso dos sindicatos de trabalhadores e entidades patronais, em relação ao Governo Federal, na sua organização e gestão, inclusive, da assistência médico-hospitalar. Este é o primeiro “embrião” marcante, de controle por parte de um único segmento da sociedade, os sindicatos urbanos. Outras atividades de controle por outros segmentos e grupos de interesses vão se acumulando, até um segundo momento marcante, nos anos 1970, quando se dá verdadeira explosão de migração populacional para as periferias das cidades grandes, consequência da enorme concentração da renda e desigualdade social na população (BRASIL, 2002, p. 26).

As ações do Estado na promoção e prevenção da saúde se restringiram ao combate de epidemias, principalmente quando elas representavam uma ameaça aos interesses econômicos. Comprovando esta política, tivemos, em 1942, a criação do “Serviço Especial de Saúde Pública” (SESP), fruto de um acordo entre o governo brasileiro e os Estados Unidos. O SESP tinha por objetivo oferecer serviços de saúde nas regiões de produção de material estratégico para a 2ª Guerra Mundial como a borracha, na região amazônica.

Uma das ações importantes e que, apesar de limitada, representou um pequeno avanço na luta pelo direito universal à saúde, foi a criação do “Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência”, em 1949. Embora na prática tivesse dificuldade de funcionar, estava sendo garantido através de lei o direito universal ao atendimento de urgência. Por um lado, este serviço era universal, por outro, restrito, ou seja, era estendido a todos, mas somente em casos de urgência.

Outra tentativa foi o “Plano Nacional de Saúde”, criado em 1968 pelo governo Costa e Silva. O Plano propunha a universalização do acesso e a centralização da assistência de saúde no Ministério da Saúde, mas, por outro lado, previa também a privatização da rede pública e a compra de serviços da iniciativa privada, pagando conforme o número e a complexidade dos procedimentos. Esse plano, que contemplava a proposta de universalização do acesso, ao mesmo tempo buscava fortalecer a iniciativa privada e a saúde enquanto negócio. Como resultado, nem chegou a ser implementado, devido à oposição tanto de pessoas que eram contra a privatização, quanto de indivíduos contrários à unificação da assistência de saúde no Ministério da Saúde (CEAP, 2005, p. 7-13).

A centralização do sistema prosseguiria ao longo da década de 1970, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, do SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, do INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e do IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social. Na esfera das políticas de saúde, o referencial da medicina comunitária se materializava em programas de extensão da cobertura de ações básicas, direcionados para a população excluída do sistema previdenciário. A participação comunitária, contudo, não efetuara mudança no modelo assistencial nem eficácia sanitária (BRASIL, 2006, p. 38).

Com efeito, a atitude do governo federal em relação às políticas sociais foi tomando diferentes formas ao longo do período de governo militar no país. Em 1974, foi criado o Plano de Pronta Ação (PPA) e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que modificavam o desenvolvimento do setor saúde. Com o intuito de ampliar a atenção sobre o social, após as dificuldades dos primeiros anos do período militar, o governo também impulsionou a política nacional de medicamentos através da Central de Medicamentos – CEME. Tanto o FAS quanto a CEME significavam uma possível variação nas fontes de financiamento do setor, antes concentradas especialmente na contribuição de empregados e empregadores. Era necessário gerar recursos para financiar

uma estrutura gigantesca que, no ano de 1985, incluía 42 hospitais federais (MANSUR, 2001, p. 42-43).

Durante o período mencionado, várias iniciativas foram evidenciando o redirecionamento das políticas de saúde. No âmbito do Estado, houve a formulação, nos Ministérios da Saúde e da Previdência, do Prev-saúde (1980), como um plano nacional alternativo de saúde, baseado em recomendações da Organização Mundial da Saúde, bem como o II Plano Nacional de Desenvolvimento, em que foi apresentada a necessidade de políticas sociais mais contundentes; já na esfera da sociedade civil, houve o surgimento de movimentos sociais reivindicando acesso aos serviços de saúde e a criação de instituições como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES (1976) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO (1979), que canalizaram o debate político-ideológico sobre as políticas de saúde naquele momento.

Nessa época (final da década de 1970), a ditadura militar já estava em processo de crise político-ideológica e fiscal, emergindo da sociedade novos atores sociais, que reivindicavam a ocupação de espaços no interior do Estado, representação social e pacto de interesses. Confrontavam-se, nesse momento, oposicionistas-reformistas e situacionistas-conservadores, e ao Estado se colocava o enfrentamento da diversidade de tais interesses em torno das políticas de saúde e as possibilidades de construção de um consenso. Evidência dessa mudança de contexto foi o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, ocorrido em 1979, em que o pensamento crítico oposicionista-reformista apontou a crise do sistema de saúde do país, bem como a necessidade de democratização da sociedade, como requisito de sua superação. Foi a primeira vez que se apresentou, de forma “pública, extensa e bastante consensual”, a proposta do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006, p. 38-40).

Observa-se que, nessa conjuntura, foram muitos os problemas que deram origem à reformulação do sistema de saúde brasileiro. Dentre eles destacam-se desigualdade no acesso aos serviços de saúde, multiplicidade e descoordenação entre as instituições atuantes no setor, desorganização dos

recursos empregados nas ações de saúde, curativas e preventivas, escassez de recursos financeiros, gestão centralizada e pouco participativa. Foi diante desses problemas e de um cenário marcado pela abertura política, após o regime ditatorial, que os atores políticos da reforma sanitária tiveram acesso ao aparelho do Estado (Ministério da Saúde e Previdência Social). Esse cenário propiciou a reestruturação político-institucional que culminou com a consolidação do SUS.

O marco da reforma do sistema de saúde brasileiro foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo lema era “Saúde, Direito de Todos, Dever do Estado.” Ocorrida em março de 1986, foi promovida pelo Ministério da Saúde, e contou com a participação de diferentes setores organizados da sociedade. A grande novidade dessa conferência foi a participação das entidades da sociedade civil organizada de todo país como delegados eleitos, incluindo as representações sindicais, das associações de profissionais de saúde, de movimentos populares em saúde, do CEBES e da ABRASCO. Os principais temas debatidos na ocasião foram a saúde como direito de cidadania, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor.

O relatório da 8ª Conferência de Saúde orientou os constituintes dedicados à elaboração da Carta Magna de 1988 e os militantes do movimento sanitário. Os eixos do relatório foram a instituição da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, a compreensão da determinação social do processo saúde-doença e a reorganização do sistema de atenção, com a criação do SUS (GONDIM, 2011, p. 37-38).

Com a convocação para formar a Assembleia Nacional Constituinte, os membros da Câmara dos Deputados e do Senado Federal reuniram-se na sede do Congresso Nacional. O texto foi aprovado em dois turnos de votação, tendo sido a atual Constituição Federal promulgada em 5 de outubro de 1988, classificando a saúde, em seu artigo 196, como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (RUSSO, 2010, p. 23 e 257).

A nova Carta Magna, além de considerar a saúde, expressamente, um direito social (artigo 6º) e elencá-la entre os itens que deveriam ser cobertos pelo valor do salário mínimo (artigo 7º), no intuito de tornar sua execução mais eficiente, criou o SUS, com recursos oriundos dos orçamentos da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, consoante previsão contida no artigo 198, *caput* e parágrafo único. Porém, a utilização desse sistema não ficou ao livre critério do administrador, uma vez que suas diretrizes norteadoras foram previamente fixadas no texto constitucional, sendo elas a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e a participação da comunidade.

De fato, a inclusão da saúde no Título relativo à ordem social integrou a estratégia do Constituinte de oferecer bem-estar e justiça sociais (SPITZCOVSKY; MOTA, 2008, p. 313-314). No entanto, ainda que o direito à saúde seja garantido constitucionalmente, ainda persistem dificuldades de o Estado (União, Estados-Membros e Municípios) garantir recursos suficientes para gerenciamento e adequação para efetivação do direito à saúde (CEAP, 2005, p. 7-13).

1.4.2 A lei do SUS

O SUS (Sistema Único de Saúde) foi criado pela Constituição Federal de 1988 com o intuito de garantir à população brasileira o acesso ao atendimento público de saúde, anteriormente restrito. Nesse contexto, foi sancionada a Lei nº 8.080/90 - alterada pelas Leis nº 9.836/99, 10.424/02, 11.108/05 e 12.401/11, e pela Lei Complementar nº 141/12 - que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

A Lei nº 8.080/90, a chamada Lei Orgânica da Saúde, regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de Direito Público ou Privado. Estabelece que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. A Lei Orgânica da Saúde definiu as diretrizes do SUS dentre as quais se destacam: universalidade de acesso, integralidade de assistência, igualdade na assistência à saúde e descentralização político-administrativa (PORTO, 2006, p. 576).

Conforme a *lex* supracitada, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, e os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Igualmente, dizem respeito à saúde as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Consoante o artigo 4º da Lei Orgânica da Saúde, constitui o SUS o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, incluindo as instituições públicas de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. A iniciativa privada poderá participar do SUS, no entanto em caráter complementar, por disposição expressa da lei.

Esse sistema tem como objetivos a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da

saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Estão incluídas, ainda, em seu campo de atuação, a execução de ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de saúde do trabalhador, e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

O SUS atua também na participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico, na ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde, na vigilância nutricional e a orientação alimentar, na colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho, na formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção. Atua, igualmente, no controle e na fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde, na fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano, na participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, no incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico, bem como na formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

Nos termos do artigo 7º da lei, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal (descentralização, com direção única em cada esfera do governo; atendimento integral e participação da comunidade), com a observância dos princípios da universalidade de acesso à saúde, da integralidade e igualdade de assistência à saúde, da preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, do direito à informação sobre a saúde, da divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário, da utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática, da participação da comunidade; bem como dos princípios da descentralização político-administrativa, da integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico, da conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da

União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; da capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência, e da organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

O princípio da integralidade de assistência trata-se de um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. O da descentralização político-administrativa, de uma descentralização com direção única em cada esfera de governo, com regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, e ênfase na descentralização dos serviços para os municípios.

Com efeito, conforme a legislação, em seu artigo 8º, as ações e serviços de saúde executados pelo SUS devem ser organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. Sendo a direção do SUS única, é exercida, no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; e no âmbito dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Aos Municípios, a legislação possibilita a constituição de consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam, bem como a organização do SUS em distritos, de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

A Lei Orgânica da Saúde, ainda, cria, consoante o artigo 12, comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas pelo SUS. Cria, também, Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com o intuito de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS, bem como

Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, para discussão dos aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS e fixação de diretrizes.

Igualmente, a legislação referida cria o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), entidades representativas dos entes estaduais e municipais, para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social. A esses Conselhos, é prevista a percepção de recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União.

Além disso, a lei estabelece, no artigo 15 e seguintes, competências e atribuições comuns entre os entes, no âmbito administrativo, bem como competências específicas para as direções nacional, estaduais e municipais do SUS. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

Dentre as competências comuns, estão a administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; a organização e coordenação do sistema de informação de saúde; e a elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos à assistência à saúde e à promoção da saúde do trabalhador. São também comuns as competências para a participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; a elaboração e atualização periódica do plano de saúde; e a elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde.

À direção nacional do SUS compete, entre outras atribuições, elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal, bem como coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. Compete, igualmente, a essa direção controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e

substâncias de interesse para a saúde; participar na formulação e na implementação das políticas relativas ao meio ambiente, saneamento básico e condições de trabalho; promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal; e acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais.

Já à direção estadual do SUS compete, entre outras competências, promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde; acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS; e prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios. Também concerne à direção estadual executar supletivamente ações e serviços de saúde; coordenar e executar, em caráter complementar, ações e serviços de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de alimentação, de nutrição e de saúde do trabalhador; assim como realizar o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Quanto à direção municipal do SUS, a essa cabe, no âmbito de sua competência, planejar, organizar, controlar, avaliar, gerir e executar os serviços públicos de saúde, entre outras atribuições, participando do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual. Compete-lhe, também, formar consórcios administrativos intermunicipais; colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde; e normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

No mais, a Lei Orgânica dispõe um capítulo especial (Capítulo V, incluído pela Lei nº 9.836/1999) acerca dos Subsistemas de Atenção à Saúde Indígena, de Atendimento e Internação Hospitalar (Capítulo VI, incluído pela Lei nº 10.424/2002), e de Acompanhamento durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós-parto imediato (Capítulo VII, incluído pela Lei nº 11.108/2005). O primeiro

subsistema diz respeito às ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional. Esse Subsistema, criado e definido por essa *lex* e pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, compõe o SUS, integrando-o, e é financiado pelos recursos próprios da União.

No que tange à assistência terapêutica integral, citada anteriormente, resta previsto que esta consiste na dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado, bem como na oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do SUS. A lei prevê, ainda, no artigo 19-U, incluído pela Lei nº 12.401/2011, que a responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos relativos à assistência será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite.

A lei dispõe, também, do funcionamento e participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde, referindo, em seu artigo 21 e seguintes, que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, devendo ser observados, quando de sua prestação, os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do SUS. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

No que concerne à política de recursos humanos na área da saúde, consoante o artigo 27 e seguintes, esta será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, com vistas à organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; e à valorização da dedicação exclusiva aos serviços do SUS. Para tanto, os cargos e funções de chefia,

direção e assessoramento, no âmbito do SUS, só poderão ser exercidos em regime de tempo integral.

Sobre financiamento do SUS, a *lex* referida prevê um título especial, subdividindo em capítulos as questões relativas aos Recursos, à Gestão Financeira, e ao Planejamento e do Orçamento. No que tange aos recursos, o artigo 31 dispõe que o orçamento da seguridade social destinará ao SUS de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

A lei considera, conforme o artigo 32, outras fontes os recursos provenientes de serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde; de ajuda, contribuições, doações e donativos; de alienações patrimoniais e rendimentos de capital; de taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e de rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais. As receitas geradas no âmbito do SUS serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

Nos termos do artigo 33, os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. O parágrafo primeiro desse artigo dispõe que, na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não

aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Para o estabelecimento de valores a serem transferidos aos entes federados, o artigo 35 estabelece que será utilizada a combinação de alguns critérios, segundo análise técnica de programas e projetos, como perfil demográfico da região, perfil epidemiológico da população a ser coberta, características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área, desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior, entre outros. Em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos, sujeitam-se as pessoas envolvidas à atuação dos órgãos de controle interno e externo, com possibilidade, também, de aplicação de penalidades previstas em lei. Importante referir que, além das sanções previstas, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, artigo 315) a utilização de recursos financeiros do SUS em finalidades diversas das previstas na lei supracitada.

O processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos entes federados, consoante menciona o artigo 36. Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS, e seus financiamentos serão previstos nas respectivas propostas orçamentárias, sendo vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde. Ainda, não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

A lei estabelece, finalmente, disposições transitórias acerca dos imóveis de propriedade do antigo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) e sua cessão para os órgãos integrantes do SUS, dentre outras questões. Prevê, do mesmo modo, em seu artigo 45, que os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao

patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do SUS, conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde. Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao SUS também, conforme se dispuser em convênio que for firmado.

O SUS, conforme previsto no artigo 46, estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos entes federados, e às empresas nacionais. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo SUS, nos termos do artigo 50.

A legislação previu, ainda, em seu artigo 52, que constitui crime de emprego irregular das verbas e rendas públicas (previsto no Código Penal Brasileiro) a utilização de recursos financeiros do SUS em finalidade diversa da prevista na Lei do SUS, sem prejuízo de demais sanções cabíveis.

1.5 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO 1

A saúde apresenta-se como um direito social (juntamente com a educação, o trabalho, a alimentação, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência social aos desamparados), assegurado pela Constituição Federal como um direito de

todos e dever do Estado, a ser garantido mediante a adoção de políticas públicas, como garantia do acesso universal igualitário a suas ações e serviços. Tal é sua importância para a sociedade, que a palavra “saúde” aparece nada menos do que trinta e nove vezes na Carta Magna e quinze vezes no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Trata-se de um direito fundamental, disciplinado pela Lei Maior para que, pela supremacia de que gozam os mandamentos constitucionais, fosse garantida a eficácia de seus dispositivos. Possui, conforme a doutrina pátria, uma dupla vertente: o Estado ou terceiros devem abster-se de praticar atos que prejudiquem terceiros (natureza negativa), e fomenta-se um Estado prestacionista para implementar o direito social (natureza positiva).

De fato, não basta somente evitar que a pessoa humana seja acometida de doenças, mas também de igual importância se reveste assegurar que o cidadão possa desenvolver todas as suas capacidades, de acordo com os objetivos que busca perseguir em sua existência. Para tanto, a Constituição da República previu dispositivos capazes de garantir a efetividade desse direito, sendo alguns dignos de um olhar mais apurado.

A Carta Magna, em seu artigo 194, dispôs acerca da Seguridade Social, termo amplo que descreve o 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, destacando-se os seus princípios orientadores e as formas de seu financiamento. Têm sua organização incumbida aos Poderes Públicos, é fundada na solidariedade e visa atingir os objetivos constitucionalmente definidos. Consoante o artigo 195, será financiada por toda 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.

As ações e serviços de saúde, conforme o artigo 197 da Lei Maior, são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou

jurídica de direito privado. Já a forma de organização do sistema, por sua vez, tem suas linhas gerais esboçadas pelo artigo 198 da mesma lei, quando prevê que ações e os serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado com observância de diretrizes pré-definidas. Esse mesmo dispositivo, em seus parágrafos, estabelece algumas regras sobre o financiamento do sistema único de saúde, impondo obrigações a todos os entes da federação, em sintonia com o princípio federativo, previsto nos artigos 1º, 18, e 60, § 4º, inciso I, da CF.

Esse sistema especificado na Constituição foi denominado Sistema Único de Saúde (SUS), e foi criado com o intuito de garantir à população brasileira o acesso ao atendimento público de saúde, anteriormente restrito. Nesse contexto, foi sancionada a Lei nº 8.080/90 - alterada pelas Leis nº 9.836/99, 10.424/02, 11.108/05 e 12.401/11, e pela Lei Complementar nº 141/12 - que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Com efeito, a Constituição referida reproduziu um avanço de demandas políticas e sociais, propondo um sistema de proteção social que reformula e transforma toda a organização do setor saúde. No entanto, ainda que o direito à saúde seja garantido constitucionalmente, ainda persistem dificuldades de o Estado (União, Estados-Membros, Distrito Federal e Municípios) garantir recursos suficientes para gerenciamento e adequação para efetivação do direito à saúde.

2. O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

2.1 ANTECEDENTES DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29/2000

De acordo com os preceitos constitucionais, o modelo de atenção à saúde passaria a ser universalista, prevendo uma maior equidade na distribuição dos serviços e na atenção a toda a população. Enquanto um direito inerente à cidadania, a instituição do acesso universal à saúde foi coerentemente acompanhada da inserção do setor saúde no Sistema de Seguridade Social e, ainda, do financiamento setorial por meio do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e dos Tesouros Federal, Estaduais e Municipais (UGÁ; SANTOS, 2006, p. 1597).

O Ministério da Saúde faria parte da Seguridade Social, juntamente com a Previdência Social e a Assistência Social, para a qual foi criado um orçamento específico, o Orçamento da Seguridade Social. Este Orçamento integraria o Orçamento Geral da União. O objetivo era que houvesse uma arrecadação única para os programas sociais, baseada principalmente nas receitas das contribuições sociais e o volume total de recursos possibilitaria o desenvolvimento das políticas sociais previstas na Constituição.

De acordo com a nova Constituição, o Orçamento Geral da União (OGU) é formado por três orçamentos distintos – o fiscal, o da seguridade social e o de investimento das estatais (artigo 165, § 5º, da CF) . Foi estabelecida uma nova forma de partilha constitucional de recursos e foram determinados novos critérios para as transferências públicas de recursos para Estados e Municípios. O Ministério da Saúde que anteriormente era financiado principalmente com recursos do orçamento fiscal (e dos fundos “extrafiscais” como o Finsocial) passou a ser financiado principalmente pelos recursos do Orçamento da Seguridade Social.

Mesmo com os projetos da Constituição para criar programas de inclusão nas políticas sócias, a estrutura do sistema tributário brasileiro em conjunto com o processo inflacionário que gerava um efeito corrosivo, impossibilitavam a produção de dados quantitativos sobre o financiamento público. Para que o setor saúde garantisse um aporte de recursos estável no futuro era conveniente a aprovação de recursos orçamentários para o setor, dentro da reforma tributária ou por meio de lei específica. Assim, o setor saúde buscou aprovar no Congresso Nacional mudanças que o beneficiassem e vinculassem recursos para a saúde, diminuindo o grau de incerteza e instabilidade quanto ao financiamento. Nos anos 1990, foram discutidas diferentes propostas de emenda à Constituição (PECs) visando à vinculação de receita para o setor saúde, criadas por representantes de diferentes partidos no Congresso Nacional (MANSUR, 2001).

Nesse período, verificou-se, de forma cada vez mais acentuada, a não observância do artigo 55 do ADCT, que regia os repasses do então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) ao Ministério da Saúde (MS), dispondo que até a aprovação da lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, destina-se ao setor de saúde. Em 1993, sob a alegação de restrições fiscais e de aumento das despesas da Previdência Social, os recursos originários da folha de salários deixaram de ser repassados ao Ministério da Saúde, passando a financiar exclusivamente a Previdência Social (DAIN, 2007, p. 1853).

A análise do período 1995-2000 permite uma avaliação de tendência do setor saúde, que mostrará a realidade do setor pós-Constituição de 1988, em período de controle monetário e estabilidade inflacionária, portanto permitindo um melhor acompanhamento da implementação dos preceitos constitucionais. Este período também mostra o comportamento do setor saúde após a desvinculação com a Previdência. O INAMPS foi formalmente extinto em 1993 e desde 1994 a Contribuição sobre a Folha de Salários deixou de ser fonte de financiamento da saúde.

Inflação baixa, se comparada aos registros anteriores do país, marcados por até períodos de hiperinflação. Também foi a partir de 1995 que o governo federal passou a sistematizar informações sobre o Orçamento da União, divulgando os dados em um banco de dados com séries para todos os anos, de 1995 a 2000 (MANSUR, 2001).

Com este afastamento saúde-previdência, o setor saúde registrou nos anos seguintes, o período de maior crise na titularidade do financiamento. Também registrou-se no período o aparecimento dos Fundos de Emergência – Fundo Social de Emergência (FSE), Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) Desvinculação de Receitas da União (DRU).

Após um longo processo de negociações e votações no Congresso, foi aprovada, enfim, em agosto de 2000, a Emenda Constitucional nº 29/2000, vinculando recursos para o setor saúde (MANSUR, 2001). Importante referir que o período de 1999 a 2002 foi marcado pela continuação da regulamentação do SUS de acordo com os princípios constitucionais, visando suprir as principais carências e corrigir as deficiências, a fim de aprimorar o processo de construção do SUS (CAJUEIRO, 2004, p. 56).

De fato, na área social, a responsabilidade sobre o gasto social é vista como um comprometimento do Estado com a proteção da sociedade. Nesse contexto, a análise da estrutura do financiamento do setor saúde e de seu espaço no processo orçamentário do país oferece uma base de informação importantíssima no que concerne à alocação intersetorial de recursos, à relação entre despesa pública e privada, ambulatorial e hospitalar, e repartição com os níveis subnacionais (MANSUR, 2001).

2.2 A EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29/2000

Sendo a saúde constitucionalmente um direito de todos e um dever do Estado, de nada adiantaria essa previsão se a Carta Magna não houvesse assegurado recursos para viabilizar o atingimento dos objetivos a ela inerentes. Com essa finalidade, foi promulgada, em 13 de setembro de 2000, a Emenda Constitucional (EC) nº 29, que introduziu regramentos capazes de garantir os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde (SPITZCOVSKY; MOTA, 2009. p. 318).

A emenda mencionada, também chamada de EC da saúde, foi criada, na verdade, com o objetivo de evitar a repetição dos problemas que comprometeram o financiamento do SUS nos anos 1990, pois, nessa década, não havia um parâmetro legal que obrigasse os Estados-Membros, o Distrito Federal e os Municípios a destinarem recursos próprios para a área da saúde; a economia e as políticas públicas das fontes de financiamento no âmbito da União para financiamento do SUS eram instáveis e sempre se adotavam medidas emergenciais e provisórias para fazer frente à falta de recursos para o setor (CAMPELLI; CALVO, 2007, p. 1613-1614).

Com efeito, a emenda supracitada promoveu uma série de modificações nos artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Lex Maior, sendo alguns dignos de um olhar mais aprofundado, em razão de seu conteúdo, como é o caso dos artigos 34, inciso VII, alínea “e”, e 35, inciso III, que tiveram redação ampliada para possibilitar a autorização de intervenção federal e estadual sempre que não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita de impostos na manutenção e desenvolvimento das ações e serviços públicos de saúde (SPITZCOVSKY; MOTA, 2009, p. 318).

O artigo 156, § 1º, estabelecia a progressividade do Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU), além da “progressividade no tempo.” A emenda da saúde modificou o parágrafo supracitado no sentido de, sem prejuízo da progressividade no tempo a que se refere o artigo 182, § 4º, inciso II,

possibilitar que o IPTU pudesse ser progressivo em razão do valor do imóvel, e ter alíquotas diferentes de acordo com a localização e o uso deste.

De fato, cada Município elabora a sua Lei Municipal sobre IPTU. A partir da EC referida, podem também incluir a progressividade em relação ao valor, localização e uso do imóvel (REZENDE, 2003, p. 3).

O artigo 160, que dispõe que "é vedada a retenção ou qualquer restrição à entrega e ao emprego dos recursos atribuídos aos Estados, ao DF e aos Municípios, neles compreendidos adicionais e acréscimos relativos a impostos" teve a redação de seu parágrafo único alterada pela EC, para que a vedação prevista não impedisse a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos ao pagamento de seus créditos, inclusive de suas autarquias, e ao cumprimento do disposto no artigo 198, § 2º, incisos II e III. Aqui, houve a inclusão de dois incisos, o último, dispondo acerca do no artigo 198, § 2º, incisos II e III.

Seguindo por essa mesma linha, sobreleva notar a possibilidade franqueada pela mencionada emenda quanto à vinculação da receita de impostos para destinar recursos para ações e serviços de saúde, a teor do disposto no artigo 167, inciso IV, que nesse particular não foi alterado pela EC nº 42/2003 (SPITZCOVSKY; MOTA, 2009, p. 319). Cabe lembrar que o artigo referido, localizado na Carta Magna na seção de orçamentos, em capítulo destinado às finanças públicas, assim estabelece:

Art. 167. São vedados:

(...)

IV - a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, **a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde**, para manutenção e desenvolvimento do ensino e para realização de atividades da administração tributária, como determinado, respectivamente, pelos arts. 198, § 2º, 212 e 37, XXII, e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165, § 8º, bem como o disposto no § 4º deste artigo (grifo nosso).

Por fim, o artigo 198 teve a redação sensivelmente alterada pela emenda em tela (modificação do parágrafo único, com inclusão de três parágrafos, com os respectivos incisos) e pelas EC nº 51/2006 e nº 63/2010, e, atualmente, assim dispõe:

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 154 agente de

combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício.

Nesse particular, a EC trouxe uma série de alterações ao artigo mencionado, no que tange ao sistema de saúde. Aqui, destacam-se os parágrafos 2º e 3º, que estabeleceram a aplicação anual de recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, derivados da aplicação de percentuais calculados de forma pré-definida.

Assim, a União, através de lei complementar, reavaliada a cada cinco anos, estabelecerá os percentuais a serem destinados às ações e serviços de saúde pela União, Estados e Municípios; os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados (artigo 35 da Lei Federal nº 8.080/90) destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; as normas de fiscalização; avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; e as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

Quanto aos Estados e ao Distrito Federal, o cálculo cairá sobre o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 155 e dos recursos de que tratam os artigos 157 e 159, inciso I, alínea "a", e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios, ou seja, do Imposto de Transmissão Causa Mortis e Doação (ITCMD), Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Serviço (ICMS), Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), adicional de Imposto de Renda (IR), Fundo de Participação dos Estados (FPE). Convém lembrar que os artigos referidos estabelecem:

Art. 155. Compete aos Estados e ao Distrito Federal instituir impostos sobre:

I - transmissão causa mortis e doação, de quaisquer bens ou direitos;
II - operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, ainda que as operações e as prestações se iniciem no exterior;

III - propriedade de veículos automotores.

§ 1.º O imposto previsto no inciso I:

I - relativamente a bens imóveis e respectivos direitos, compete ao Estado da situação do bem, ou ao Distrito Federal

II - relativamente a bens móveis, títulos e créditos, compete ao Estado onde se processar o inventário ou arrolamento, ou tiver domicílio o doador, ou ao Distrito Federal;

(...)

§ 2.º O imposto previsto no inciso II atenderá ao seguinte:

(...)

§ 3º À exceção dos impostos de que tratam o inciso II do caput deste artigo e o art. 153, I e II, nenhum outro imposto poderá incidir sobre operações relativas a energia elétrica, serviços de telecomunicações, derivados de petróleo, combustíveis e minerais do País.

(...)

§ 5º As regras necessárias à aplicação do disposto no § 4º, inclusive as relativas à apuração e à destinação do imposto, serão estabelecidas mediante deliberação dos Estados e do Distrito Federal, nos termos do § 2º, XII, g.

§ 6º O imposto previsto no inciso III:

I - terá alíquotas mínimas fixadas pelo Senado Federal;

II - poderá ter alíquotas diferenciadas em função do tipo e utilização.

Art. 157. Pertencem aos Estados e ao Distrito Federal:

I - o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem;

II - vinte por cento do produto da arrecadação do imposto que a União instituir no exercício da competência que lhe é atribuída pelo art. 154, I.

Art. 159. A União entregará:

I - do produto da arrecadação dos impostos sobre renda e proventos de qualquer natureza e sobre produtos industrializados quarenta e oito por cento na seguinte forma:

a) vinte e um inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal;

b) vinte e dois inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Municípios;

c) três por cento, para aplicação em programas de financiamento ao setor produtivo das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, através de suas instituições financeiras de caráter regional, de acordo com os planos regionais de desenvolvimento, ficando assegurada ao semi-árido do Nordeste a metade dos recursos destinados à Região, na forma que a lei estabelecer;

d) um por cento ao Fundo de Participação dos Municípios, que será entregue no primeiro decêndio do mês de dezembro de cada ano;

II - do produto da arrecadação do imposto sobre produtos industrializados, dez por cento aos Estados e ao Distrito Federal, proporcionalmente ao valor das respectivas exportações de produtos industrializados.

III - do produto da arrecadação da contribuição de intervenção no domínio econômico prevista no art. 177, § 4º, vinte e cinco por cento para os Estados e o Distrito Federal, distribuídos na forma da lei, observada a destinação a que refere o inciso II, c, do referido parágrafo.

III - do produto da arrecadação da contribuição de intervenção no domínio econômico prevista no art. 177, § 4º, 29% (vinte e nove por

cento) para os Estados e o Distrito Federal, distribuídos na forma da lei, observada a destinação a que se refere o inciso II, c, do referido parágrafo.

§ 1º - Para efeito de cálculo da entrega a ser efetuada de acordo com o previsto no inciso I, excluir-se-á a parcela da arrecadação do imposto de renda e proventos de qualquer natureza pertencente aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, nos termos do disposto nos arts. 157, I, e 158, I.

§ 2º - A nenhuma unidade federada poderá ser destinada parcela superior a vinte por cento do montante a que se refere o inciso II, devendo o eventual excedente ser distribuído entre os demais participantes, mantido, em relação a esses, o critério de partilha nele estabelecido.

§ 3º - Os Estados entregarão aos respectivos Municípios vinte e cinco por cento dos recursos que receberem nos termos do inciso II, observados os critérios estabelecidos no art. 158, parágrafo único, I e II.

§ 4º Do montante de recursos de que trata o inciso III que cabe a cada Estado, vinte e cinco por cento serão destinados aos seus Municípios, na forma da lei a que se refere o mencionado inciso. (grifo nosso)

Para os Municípios e o Distrito Federal, o cálculo será sobre o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 156 e dos recursos de que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º, ou seja, do IPTU, Imposto sobre a Transmissão Inter Vivos, a Qualquer Título, por Ato Oneroso, de Bens Imóveis, por Natureza ou Acessão Física, e de Direitos Reais sobre Imóveis, exceto os de Garantia, bem como a Cessão de Direitos à sua Aquisição (ITBI), Imposto sobre Vendas a Varejo de Combustíveis Líquidos e Gasosos (IVVC), Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza (ISS), Fundo de Participação dos Municípios (FPM), Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI-Exportação), quota-parte Imposto sobre Propriedade Territorial Rural (ITR), Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Serviço (ICMS), e Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) (REZENDE, 2003, p. 3-4). Os artigos referidos mencionam:

Art. 156. Compete aos Municípios instituir impostos sobre:

I - propriedade predial e territorial urbana;

II - transmissão "inter vivos", a qualquer título, por ato oneroso, de bens imóveis, por natureza ou acessão física, e de direitos reais sobre imóveis, exceto os de garantia, bem como cessão de direitos a sua aquisição;

III - vendas a varejo de combustíveis líquidos e gasosos, exceto óleo diesel;

III - serviços de qualquer natureza, não compreendidos no art. 155, II, definidos em lei complementar;

IV - serviços de qualquer natureza, não compreendidos no art. 155, I, b, definidos em lei complementar.

§ 2º - O imposto previsto no inciso II:

I - não incide sobre a transmissão de bens ou direitos incorporados ao patrimônio de pessoa jurídica em realização de capital, nem sobre a transmissão de bens ou direitos decorrente de fusão, incorporação, cisão ou extinção de pessoa jurídica, salvo se, nesses casos, a atividade preponderante do adquirente for a compra e venda desses bens ou direitos, locação de bens imóveis ou arrendamento mercantil;

II - compete ao Município da situação do bem.

§ 3º Em relação ao imposto previsto no inciso III do caput deste artigo, cabe à lei complementar;

I - fixar as suas alíquotas máximas e mínimas;

II - excluir da sua incidência exportações de serviços para o exterior.

III - regular a forma e as condições como isenções, incentivos e benefícios fiscais serão concedidos e revogados.

Art. 158. Pertencem aos Municípios:

I - o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem;

II - cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto da União sobre a propriedade territorial rural, relativamente aos imóveis neles situados, cabendo a totalidade na hipótese da opção a que se refere o art. 153, § 4º, III;

III - cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre a propriedade de veículos automotores licenciados em seus territórios;

IV - vinte e cinco por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação.

Parágrafo único. As parcelas de receita pertencentes aos Municípios, mencionadas no inciso IV, serão creditadas conforme os seguintes critérios:

I - três quartos, no mínimo, na proporção do valor adicionado nas operações relativas à circulação de mercadorias e nas prestações de serviços, realizadas em seus territórios;

II - até um quarto, de acordo com o que dispuser lei estadual ou, no caso dos Territórios, lei federal.

Art. 159. A União entregará:

I - do produto da arrecadação dos impostos sobre renda e proventos de qualquer natureza e sobre produtos industrializados quarenta e oito por cento na seguinte forma:

a) vinte e um inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal;

b) vinte e dois inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Municípios;

(...)

§ 3º - Os Estados entregarão aos respectivos Municípios vinte e cinco por cento dos recursos que receberem nos termos do inciso II, observados os critérios estabelecidos no art. 158, parágrafo único, I e II.(...) (grifo nosso)

Sem embargo, a emenda previu que enquanto não fosse editada a lei complementar referida, seriam criadas regras a serem adotadas até o exercício financeiro de 2004, integrantes do artigo 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), cuja redação a seguir se reproduz:

"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."

A Emenda Constitucional nº 29/2000, diante do exposto, definiu os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde e estabeleceu regras para o período de 2000 a 2004. O artigo 198, § 3º da CF

previu que esses recursos mínimos terão percentual definido em lei complementar, que deverá ser reavaliada a cada cinco anos. Caso não houvesse edição dessa lei, permaneceriam válidos os critérios estabelecidos na própria emenda.

A EC referida representou um importante avanço para diminuir a instabilidade no financiamento que o setor de saúde enfrentou a partir da Constituição de 1988 (com o não cumprimento dos 30% do orçamento da seguridade social), bem como uma vitória da sociedade na questão da vinculação orçamentária como forma de diminuir essa instabilidade (CNS, 2006, p. 2). Em 2012, foi publicada a lei complementar mencionada no § 3º do artigo supracitado, que será tratada mais adiante.

2.3 A REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29/2000

A aprovação da Emenda Constitucional nº 29, em 2000, representou uma importante conquista da sociedade para a construção do SUS, pois estabeleceu a vinculação de recursos nas três esferas de governo para um processo de financiamento mais estável do SUS, além de regulamentar a progressividade do IPTU, de reforçar o papel do controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde e de prever sanções para o caso de descumprimento dos limites mínimos de aplicação em saúde (CNS, 2006, p. 3).

Embora a CF, em seu artigo 5º, § 1º, tenha definido que as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais, como o direito à saúde, têm aplicação imediata, mesmo após a publicação da emenda referida, alguns aspectos ainda necessitavam de regulamentação pelo Congresso Nacional, a exemplo do artigo 198, § 3º. Na tentativa de se promover uma interpretação homogênea e consonante com os objetivos que motivaram a aprovação da emenda, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Ministério da Saúde, a

Comissão de Seguridade Social da Câmara e do Senado, o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e os tribunais de contas brasileiros, representados por seus técnicos e com o apoio da Associação dos Membros de Tribunais de Contas do Brasil (ATRICON), promoveram reuniões e seminários para discussão e análise do tema (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003, p. 385).

Em abril de 2002, o plenário do CNS aprovou a Resolução nº 316, que foi renumerada, em maio de 2003, como Resolução nº 322. Tal resolução considerava a necessidade de esclarecimento conceitual e operacional do texto da EC nº 29/00, de modo a lhe garantir eficácia e viabilizar sua perfeita aplicação pelos agentes públicos até a aprovação da Lei Complementar a que se refere o § 3º do artigo 198 da CF.

Sem embargo, a resolução mencionada detalhava os conceitos para a base de cálculo com vistas à definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde, além dos percentuais mínimos a serem vinculados para cada uma das três esferas de governo. Definiu, ainda, quais seriam as despesas com ações e serviços públicos de saúde que poderiam integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

No que diz respeito aos instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle, a Resolução nº 322 do CNS, em sua oitava diretriz, dispõe que os dados constantes no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde (SIOPS) serão utilizados como referência para o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde. Tais dados poderão, a qualquer tempo, ser solicitados aos órgãos responsáveis pelos Tribunais de Contas, no exercício de suas atribuições constitucionais, para retificações nos dados registrados no SIOPS.

A Resolução referida buscou equacionar as indefinições encontradas na EC nº 29/00, e serviu como base para o Projeto de Lei Complementar nº 01/03,

que tramitava na Câmara Federal e contemplava, entre outros, esses pontos, com o objetivo de regulamentar a EC da Saúde, cujo prazo final previsto era 2004. O Conselho Nacional de Saúde tinha conhecimento de problemas no processo de prestação de contas enfrentados pelos Conselhos Estaduais e Municipais, decorrentes de um possível entendimento de que os dispositivos da emenda mencionada deixariam de ser obrigatórios, caso não houvesse tal regulamentação (CNS, 2006, p. 3).

A ausência de uma norma legal vinha fazendo com que, de forma questionável, muitos gestores fossem demandados pelo judiciário pela aplicação dos recursos do SUS, inclusive com condenações (SILVA; SILVA, 2012, p. 7).

Num contexto em que ainda havia espaço para regulamentação por legislação complementar e em que conflitos distributivos entre diferentes áreas da ação governamental refletiam-se nas contas da Administração Pública, a alternativa mais equilibrada foi a que buscava sustentar-se em consensos técnicos e informações detalhadas (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003, p. 385).

Por fim, vale ressaltar que, embora tenha a Constituição Federal dado origem ao SUS, somente em 2000 o sistema supracitado teve sua base legal redefinida, a fim de que pudesse tornar-se realidade através da definição da forma com que seria financiado. Destarte, entre a promulgação da Lei Maior, em 1988, e o advento da EC nº 29/2000 decorreram doze anos sem que a gestão da saúde pública tivesse a atenção merecida para o cumprimento de sua finalidade constitucional.

2.4 A SITUAÇÃO ATUAL

Neste ano, em 13 de janeiro de 2012, foi publicada a Lei Complementar (LC) nº 141, que regulamentou o referido artigo 198, § 3º 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; estabeleceu os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revogou dispositivos das Leis nº 8.080/90 e nº 8.689/93; e deu outras providências. Trata-se de uma lei complexa no tocante às questões orçamentário-financeiras, às transferências dos recursos entre os entes federativos, ao controle e à fiscalização dos recursos do SUS (SANTOS, 2012).

Em face da recente promulgação da referida lei, ainda inexistente uma gama considerável de bibliografia específica acerca da temática. Assim, esta seção será baseada no texto da legislação, complementada por alguns autores que já publicaram sobre o assunto.

Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos, o artigo 2º da lei previu que serão consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no artigo 7º da Lei nº 8.080/90 (relativos ao SUS), e às seguintes diretrizes: acesso universal, igualitário e gratuito; conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população. O parágrafo único do mesmo artigo estabeleceu, ainda, que, além de atender aos critérios constantes no *caput*, essas despesas realizadas pelos

entes federativos deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

Conforme o artigo 3º, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos referidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde - observadas as disposições do artigo 200 da CF, do art. 6º da Lei nº 8.080/90 e do artigo 2º da própria LC - aquelas discriminadas nos incisos seguintes (doze), dentre as quais se enquadra o saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos; a vigilância em saúde (incluindo a epidemiológica e a sanitária); a capacitação do pessoal de saúde do SUS; o desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS; o investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de estabelecimentos públicos de saúde; e a remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais. Cabe recordar que o artigo 200 da CF assim dispõe:

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.

Da mesma forma, se faz necessário demonstrar que o artigo 6º da Lei nº 8.080/90 assim estabelece:

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.

Observa-se, portanto, que a lei mencionada, em alguns incisos, repete o previsto na Carta Magna e Lei nº 8.080/90 e, ao mesmo tempo, acrescenta algumas questões importantes, como as despesas indiretas com saúde e as atividades meio (CARVALHO, 2012).

Ainda com vistas à finalidade acima, a lei dispõe, em seu art. 4º, que não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas decorrentes de pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde; pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área; assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal; merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do artigo 3º, que refere “atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais”; saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e

mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade; limpeza urbana e remoção de resíduos; preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais; ações de assistência social; obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde. Nesse artigo constam situações nas quais não se pode considerar despesa em saúde, e outras delimitações.

Importante referir que muitas situações supramencionadas já restam explicitadas no artigo 3º da Lei nº 8080/90, como fatores determinantes e condicionantes à saúde. Nesse sentido, o artigo referido assim dispõe:

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.
Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

No que concerne aos recursos mínimos para aplicação em ações e serviços públicos de saúde, a legislação previu que a União aplicará, anualmente, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta lei, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

Quanto aos Estados e ao Distrito Federal, o art. 6º da lei dispõe que a aplicação anual será de, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 155 e dos recursos de que tratam o artigo

157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do artigo 159, todos da Carta Magna, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Já com relação aos Municípios, o artigo 7º menciona que esses entes e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 156 e dos recursos de que tratam o artigo 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do artigo 159, todos da Constituição Federal, sendo que o Distrito Federal aplicará, anualmente, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal. Assim, os impostos e recursos referidos, nos termos da Lei Maior, são os seguintes:

Art. 156. Compete aos Municípios instituir impostos sobre:

I - propriedade predial e territorial urbana;

II - transmissão "inter vivos", a qualquer título, por ato oneroso, de bens imóveis, por natureza ou acessão física, e de direitos reais sobre imóveis, exceto os de garantia, bem como cessão de direitos a sua aquisição;

III - serviços de qualquer natureza, não compreendidos no art. 155, II, definidos em lei complementar.

Art. 158. Pertencem aos Municípios:

I - o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem;

II - cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto da União sobre a propriedade territorial rural, relativamente aos imóveis neles situados, cabendo a totalidade na hipótese da opção a que se refere o art. 153, § 4º, III; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

III - cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre a propriedade de veículos automotores licenciados em seus territórios;

IV - vinte e cinco por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação.

Art. 159. A União entregará:

I - do produto da arrecadação dos impostos sobre renda e proventos de qualquer natureza e sobre produtos industrializados quarenta e oito por cento na seguinte forma: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 55, de 2007)

(...)

b) vinte e dois inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Municípios;

(...)

§ 3º - Os Estados entregarão aos respectivos Municípios vinte e cinco por cento dos recursos que receberem nos termos do inciso II, observados os critérios estabelecidos no art. 158, parágrafo único, I e II.

Para efeito do cálculo do montante de recursos previsto nos artigos mencionados, a lei estabelece que devem ser considerados os recursos decorrentes da dívida ativa, da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa. Na base de cálculo dos percentuais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, resta compreendida qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no artigo 198, § 2º da Carta Magna, já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial.

Igualmente, para aplicação em ações e serviços públicos de saúde, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão observar o disposto nas respectivas Constituições ou Leis Orgânicas sempre que os percentuais nelas estabelecidos forem superiores aos fixados na lei referida.

Ainda quanto ao repasse e aplicação dos recursos mínimos, os recursos da União serão depositados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde. Tais recursos serão transferidos aos demais entes federativos e movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal. Essa movimentação, consoante expressa previsão legal, deve realizar-se, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.

Assim, ao tratar da forma de movimentação dos recursos repassados pela União, apesar de o Decreto Federal nº 7.507/2011 estabelecer a modalidade de transferência eletrônica como única possibilidade, a lei incluiu

também o cheque nominal, a ordem bancária ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil (artigo 13, § 4º), concedendo, ainda que em parte, autonomia aos gestores do SUS. Outra questão que a Lei Complementar também sintetizou com clareza é a definição do que é o Fundo de Saúde, pois, alguns quiseram rotular essa unidade como uma pessoa jurídica, principalmente pelo fato da obrigatoriedade de inscrição do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), na condição de matriz, causando uma grande confusão no cenário jurídico do direito sanitário (SILVA; SILVA, 2012, p. 5).

Nesse contexto, o artigo 14 da legislação previu que o Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde. Consoante o artigo 16, o repasse dos recursos previstos relativamente aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal será feito diretamente ao Fundo de Saúde do respectivo ente federativo e, no caso da União, também às demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde.

A Lei Maior, no artigo 164, § 3º, dispõe que a competência da União para emitir moeda será exercida exclusivamente pelo Banco Central, sendo as disponibilidades de caixa desse ente depositadas no referido banco, e as dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e dos órgãos ou entidades do Poder Público e das empresas por ele controladas, em instituições financeiras oficiais, ressalvados os casos previstos em lei. Essas instituições, nos termos do artigo 16, § 3º da lei complementar, são obrigadas a evidenciar, nos demonstrativos financeiros das contas correntes do ente da Federação, os valores globais das transferências e as parcelas correspondentes destinadas ao Fundo de Saúde, observadas as normas editadas pelo Banco Central.

Com relação à movimentação dos recursos da União, a legislação estabeleceu, em seu artigo 17, que o rateio dos recursos desse ente vinculados e repassados devidamente aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios

observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no artigo 35 da Lei nº 8.080/90, de forma a atender os objetivos do artigo 198, § 3º, inciso II da CF. Importante frisar que a lei complementar em tela revogou o artigo 35, § 1ª da Lei do SUS, que previa que metade dos recursos destinados a Estados e Municípios seria distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

O Ministério da Saúde, consoante a lei complementar referida, definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde. Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

O Poder Executivo, na forma estabelecida no artigo 9º, inciso I, da Lei do SUS, manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios.

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos. Esses recursos federais, em situações específicas, poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre a União e os demais entes da Federação, observadas as normas de financiamento.

No que diz respeito à movimentação dos recursos dos Estados, o rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios será realizado segundo o mesmo critério de rateio da União, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, de forma a atender, igualmente, os objetivos do artigo 198, § 3º, inciso II da CF. Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em comissão intergestores bipartite, e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

O Poder Executivo, na forma estabelecida no artigo 9º, inciso II da Lei nº 8.080/90 (a direção do SUS será exercida em cada esfera de governo, sendo no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente), manterá o respectivo Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os Municípios com base no Plano Estadual de Saúde. Essas transferências serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde, e, em situações específicas, por meio de transferência voluntária, através dos meios formais previstos no artigo 71, inciso VI, da CF, observadas as normas de financiamento. Entretanto, tais “situações específicas” não foram definidas e, acredita-se, deverão ser objeto de negociação entre os gestores nas respectivas instâncias de pactuação (SILVA; SILVA, 2012, p. 18).

A legislação previu, também, que os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos. Tal modalidade deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo, com os princípios da Lei do SUS, da Lei nº 8.142/90 (sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde) e da Lei nº

11.107/05 (normas gerais de contratação de consórcios públicos), e com as normas do SUS pactuadas na comissão intergestores tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

O artigo 22 da *lex* dispôs que é vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no artigo 198, § 3º, inciso II da Carta Magna na modalidade regular e automática prevista, os quais são considerados transferência obrigatória destinada ao custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, sobre a qual não se aplicam as vedações do artigo 167, inciso X da CF (vedação da 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 (Lei de Responsabilidade Fiscal, que dispôs como exigência para a realização de transferência voluntária a observância do artigo constitucional supramencionado). No entanto, a vedação prevista não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega dos recursos à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito do ente da Federação; e à elaboração do Plano de Saúde.

Para a fixação inicial dos valores correspondentes aos recursos mínimos, será considerada a receita estimada na lei do orçamento anual, ajustada, quando for o caso, por lei que autorizar a abertura de créditos adicionais. As diferenças entre a receita e a despesa previstas e as efetivamente realizadas que resultem no não atendimento dos percentuais mínimos obrigatórios serão apuradas e corrigidas a cada quadrimestre do exercício financeiro.

Para efeito de cálculo dos recursos mínimos, serão consideradas as despesas liquidadas e pagas no exercício, e as empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde. Nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, serão consideradas as despesas incorridas no período referentes à amortização e aos respectivos encargos financeiros decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º de janeiro de

2000, visando ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde. Para tanto, não serão consideradas as ações e serviços públicos de saúde referentes a despesas custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade ou quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita, no que se refere à aplicação anual dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

Eventual diferença que implique o não atendimento, em determinado exercício, dos recursos mínimos referidos deverá, observado o disposto no artigo 160, parágrafo único, inciso II, da CF (incluído pela EC nº 29/00, consoante referido), ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis. Nesse contexto, compete ao Tribunal de Contas verificar a aplicação desses recursos de cada ente da Federação sob sua jurisdição.

No caso de descumprimento dos percentuais mínimos pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, a legislação previu que a União e os Estados poderão restringir preliminarmente o repasse dos recursos mínimos anuais referidos no artigo 198, § 2º da Lei Maior, até o montante correspondente à parcela do mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores, mediante depósito direto na conta corrente vinculada ao Fundo de Saúde, sem prejuízo do condicionamento da entrega dos recursos. Nesse caso, as transferências voluntárias da União e dos Estados poderão ser restabelecidas desde que o ente beneficiário comprove o cumprimento das disposições estatuídas.

Quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectarem que os recursos da União e dos Estados destinados ao rateio da saúde estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos na lei complementar, darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso, com vistas à adoção das providências legais, para a imediata devolução dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, e à responsabilização nas esferas competentes.

A lei mencionou que são vedadas a limitação de empenho e a movimentação financeira que comprometam a aplicação dos recursos mínimos anuais em saúde, sendo vedado, igualmente, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios excluir da base de cálculo das receitas quaisquer parcelas de impostos ou transferências constitucionais vinculadas a fundos ou despesas, por ocasião da apuração do percentual ou montante mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde.

Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde dos entes federativos serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto na lei complementar supramencionada. Para isso, caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades. Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.

A legislação previu, ainda, capítulo próprio para tratar da transparência, da visibilidade, da fiscalização, da avaliação e do controle da Gestão da Saúde, dispondo que os órgãos gestores de saúde dos entes federados darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase na comprovação do cumprimento da lei complementar e na avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação. Os órgãos de saúde desses entes manterão, igualmente, registro contábil relativo às despesas efetuadas com ações e serviços públicos de saúde.

A prestação de contas conterá demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata a Lei de Responsabilidade Fiscal. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, o montante e fonte dos recursos aplicados no período, além de outras informações.

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão enviar Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas na LC. Deverão, também, encaminhar ao Conselho a programação anual do Plano de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente.

Quanto à fiscalização, os órgãos fiscalizadores examinarão, prioritariamente, o cumprimento do artigo 198 da CF e da LC nº 141/12. O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, fiscalizará o cumprimento das normas da lei referida, com ênfase na elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual; no cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias; na aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde; na transferências dos recursos aos Fundos de Saúde; na aplicação dos recursos vinculados ao SUS; e na destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas de cada ente da Federação, o Ministério da Saúde manterá sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos dos entes federados. O SIOPS, ou outro sistema que venha a substituí-lo, será desenvolvido com observância de requisitos mínimos, além de outros estabelecidos pelo Ministério da Saúde mediante regulamento.

Ao gestor de saúde declarante dos dados contidos no sistema referido atribui-se a responsabilidade pelo registro e veracidade dos dados no SIOPS nos prazos definidos, aos quais se conferirá fé pública. Os resultados do monitoramento e avaliação serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão o Relatório de Gestão de cada ente federado. O descumprimento dessa medida implicará a suspensão das transferências

voluntárias entre os entes da Federação, observada a Lei de Responsabilidade Fiscal.

O Poder Executivo dos entes federados disponibilizarão aos Tribunais de Contas respectivos informações acerca do cumprimento da lei complementar. Constatadas divergências entre os dados, o Poder Executivo e a direção local do SUS serão cientificados, para que sejam adotadas as medidas cabíveis.

A União prestará cooperação técnica e financeira aos demais entes da Federação para a implementação da transferência e modernização dos respectivos Fundos de Saúde. A cooperação técnica consiste na implementação de processos de educação na saúde e na transferência de tecnologia, bem como na formulação e disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde, que deverão ser submetidos à apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde; já a financeira incide na entrega de bens ou valores e no financiamento por intermédio de instituições financeiras federais.

A legislação previu, por fim, que as infrações aos seus dispositivos serão punidas segundo o Código Penal, a Lei nº 1.079/1950 (Lei dos Crimes de Responsabilidade), o Decreto-Lei nº 201/1967 (que dispõe sobre a responsabilidade de Prefeitos e Vereadores), a Lei nº 8.429/1992 (Lei da Improbidade Administrativa), e demais normas da legislação pertinente.

Após essas considerações, importante referir que quase todo o conteúdo da lei complementar em tela já vinha sendo aplicado e obedecido pelas esferas gestoras do SUS, uma vez que foram implementados através de Decretos, portarias do Ministério da Saúde e resoluções do próprio Conselho Nacional de Saúde, em que pese a fragilidades dos instrumentos regulamentadores. Agora, a presente lei normatiza quanto deve ser aplicado em saúde pelas três esferas de governo, assim como o que se pode considerar como ações e serviços de saúde (SILVA; SILVA, 2012, p. 7).

Diante do exposto, há que se considerar o avanço trazido pela LC nº 141/2012 no ato de regulamentar a EC nº 29/2000. Se há lacunas a serem

preenchidas, há que se reconhecer o esclarecimento de muitos outros pontos que restavam controversos, tanto na apuração dos valores e percentuais mínimos a serem aplicados, quanto na definição do que deve ser considerado como ações e serviços públicos de saúde, além de outros devidamente especificados nessa seção.

Cabe salientar que a lei referida trouxe questões importantes, como a definição de valores e percentuais mínimos, critérios de rateio dos recursos vinculados à saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal, entre outros já mencionados (SILVA; SILVA, 2012, p. 25). Nesse sentido, cabe aos gestores públicos atenção especial à lei supramencionada, a fim de garantir a efetividade do direito à saúde previsto constitucionalmente.

2.5 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO 2

A Constituição Federal considerou a saúde um direito social (artigo 6º) de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (artigo 196). No intuito de tornar sua execução mais eficiente, criou o SUS, com recursos oriundos dos orçamentos da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, consoante previsão contida no artigo 198, *caput* e parágrafo único.

A inclusão da saúde no título relativo à ordem social de fato integrou a estratégia do Constituinte de oferecer bem-estar e justiça sociais. Sendo assim, de nada adiantaria essa previsão se a Carta Magna não houvesse assegurado recursos para viabilizar o atingimento dos objetivos a ela inerentes. Com essa finalidade, foi promulgada, em 13 de setembro de 2000, a Emenda

Constitucional nº 29, que introduziu regramentos capazes de garantir os recursos mínimos para o financiamento do setor.

A emenda mencionada, também chamada de EC da saúde, foi criada com o objetivo de evitar a repetição dos problemas que comprometeram o financiamento do SUS nos anos 1990, quando não havia um parâmetro legal que obrigasse os Estados, o Distrito Federal e os Municípios a destinarem recursos próprios para a área da saúde. Nessa época, a economia e as fontes de financiamento no âmbito da União para o SUS eram instáveis, adotando-se medidas emergenciais e provisórias para fazer frente à falta de recursos.

Com efeito, a emenda supracitada promoveu uma série de modificações nos artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Lei Maior. Esse último artigo teve a redação sensivelmente alterada. Nesse contexto, destacam-se os parágrafos 2º e 3º, que estabeleceram a aplicação anual de recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, derivados da aplicação de percentuais calculados de forma pré-definida.

Sem embargo, a emenda estabeleceu que, enquanto não fosse editada a lei complementar referida, seriam criadas regras a serem adotadas até o exercício financeiro de 2004, integrantes do artigo 77 do ADCT. Assim, a EC definiu os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde, e estabeleceu regras para o período de 2000 a 2004.

O artigo 198, § 3º da CF previu que esses recursos mínimos terão percentual definido em lei complementar, que deverá ser reavaliada a cada cinco anos. Caso não houvesse edição dessa lei, permaneceriam válidos os critérios estabelecidos na própria emenda.

Ocorre que, em 13 de janeiro de 2012, foi publicada a Lei Complementar (LC) nº 141, que regulamentou o referido artigo 198, § 3º da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pelos entes federados em ações e serviços públicos de saúde; estabeleceu os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revogou dispositivos das Leis nº 8.080/90 e nº 8.689/93; e deu outras

providências. Trata-se de uma lei complexa no tocante às questões orçamentário-financeiras, às transferências dos recursos entre os entes federativos, ao controle e à fiscalização dos recursos do SUS.

A LC em alguns artigos repete o previsto na Carta Magna (a exemplo do artigo 200) e Lei nº 8.080/90 e, ao mesmo tempo, acrescenta algumas questões importantes, como as despesas indiretas com saúde.

Importante salientar que quase todo o conteúdo da lei complementar em tela já vinha sendo aplicado e obedecido pelas esferas gestoras do SUS, uma vez que foram implementados através de Decretos, portarias do Ministério da Saúde e Resoluções do próprio Conselho Nacional de Saúde (nº 316, renumerada para o nº 322), em que pese a fragilidades dos instrumentos regulamentadores. Agora, a presente lei normatiza quanto deve ser aplicado em saúde pelas três esferas de governo, assim como o que se pode considerar como ações e serviços de saúde.

Diante do exposto, há que se considerar o avanço trazido pela LC nº 141/2012 no ato de regulamentar a EC nº 29/2000. Se há lacunas a serem preenchidas, há que se reconhecer o esclarecimento de muitos outros pontos que restavam controversos, tanto na apuração dos valores e percentuais mínimos a serem aplicados, quanto na definição do que deve ser considerado como ações e serviços públicos de saúde, além de outros devidamente especificados nessa seção.

Cabe mencionar que a lei referida trouxe questões importantes, como a definição de valores e percentuais mínimos, critérios de rateio dos recursos vinculados à saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal, entre outros. Assim, cabe aos gestores públicos atenção especial à lei supramencionada, a fim de garantir a efetividade do direito à saúde previsto constitucionalmente.

No caso do Estado do Rio Grande do Sul, a lei mencionada traz a base legal necessária para que o Estado regularize sua situação perante o financiamento da saúde pública, a fim de que a população possa desfrutar de

um serviço de qualidade, gracioso e de acesso universal, consoante fora idealizado quando da criação do SUS. No capítulo a seguir, serão analisadas informações dos exercícios financeiros de 2006 a 2011 do Estado referido, no que tange ao cumprimento do percentual mínimo definido pela EC nº 29/2000 para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, bem como do controle social da política estadual da saúde exercida pelo Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES-RS), no tocante à proposta orçamentária para o setor.

3. ANÁLISE DO (DES)CUMPRIMENTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29/2000 NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Conforme mencionado nos capítulos anteriores, a EC nº 29/2000 trouxe regras que visam assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Dentre as modificações trazidas, essa emenda alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal, acrescentou o artigo 77 ao ADCT, e estabeleceu a base de cálculo e os recursos mínimos a serem aplicados pelo Estado nas ações e serviços referidos.

A EC da saúde dispôs que o percentual a ser atingido é de no mínimo 12% (doze por cento) do produto da arrecadação dos impostos estabelecidos no artigo 155, e incisos, da Carta Magna, bem como os recursos provenientes da União de que tratam os artigos 157 e 159, I, “a”, II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos Municípios, assim, a Receita Líquida de Impostos e Transferências – RLIT. Por seu turno, houve previsão no artigo 198, § 3º da CF de que esses recursos mínimos teriam percentual definido em lei complementar, reavaliada pelo menos a cada cinco anos (SPITZCOVSKY; MOTA, 2008, p. 318).

Com o advento da LC nº 141/2012, que dispôs sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabeleceu os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revogou dispositivos das Leis nº 8.080/90 e nº 8.689/93; e deu outras providências, houve a regulamentação do referido artigo 198, § 3º da CF. Entretanto, tendo em vista o lapso temporal ocorrido entre a publicação da EC nº 29/2000 (13 de setembro de 2000) e da lei mencionada (13 de janeiro de 2012), houve durante esse período uma lacuna regulamentadora, que ensejou aos Estados uma série de interpretações legais a respeito da temática.

3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Este trabalho utilizou como método de abordagem o estudo de caso, na medida em que elegeu o estado do Rio Grande do Sul, no período de 2006 a 2011, para examinar o (des)cumprimento da EC 29/2000, no que se refere ao mínimo constitucional a ser aplicado na área de saúde. O estudo de caso é uma caracterização abrangente para designar uma diversidade de pesquisas que coletam e registram dados de um caso particular ou de vários casos a fim de organizar um relatório ordenado e crítico de uma experiência, ou avalia-la analiticamente, objetivando tomar decisões a seu respeito ou propor uma ação transformadora (CHIZZOTTI, 1995, p. 102).

Para a análise do cômputo do percentual mínimo exigido pela EC nº 29/2000 em ações e serviços públicos de saúde, serão analisados de forma quantitativa os dados publicados nos pareceres prévios sobre as Contas do Governo do estado divulgados pelo TCE-RS nos anos de 2006 a 2011, em comparação com as informações constantes no SIOPS acerca do tema estudado. Cabe ressaltar que a análise referida não pretende exaurir todos os pormenores relativos à aplicação da despesa estadual para o financiamento do setor saúde no período mencionado, e sim demonstrar sucintamente os critérios considerados pelo Governo do estado como ações e serviços públicos de saúde no período referido.

Já na verificação do controle social, previsto pela CF de 1988, serão analisadas de forma qualitativa as atas das reuniões plenárias ordinárias do CES-RS nas quais consta como pauta a discussão acerca da proposta orçamentária do setor saúde dos anos de 2005 a 2010. Cabe informar que a reunião para o debate da proposta orçamentária do ano X ocorre sempre no ano X-1, de modo que o período analisado corresponde aos orçamentos executados nos anos de 2006 a 2011.

As técnicas de pesquisa utilizadas neste trabalho foram a documental e a bibliográfica.

3.2 ANÁLISES DOS EXERCÍCIOS FINANCEIROS

3.2.1 Ano base 2006

Na tabela a seguir, demonstra-se a base de cálculo utilizada pelo TCE-RS e SIOPS no compute do percentual mínimo exigido em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro referido.

Tabela 1

Base de Cálculo 2006	
	TCE
Receita de Impostos e Transferências	R\$ 11.072.986.272,77*
Despesa Liquidada Total	R\$ 743.973.183,51*
	SIOPS
Receita de Impostos e Transferências	R\$ 11.073.112.766,49 **
Despesa com Recursos Próprios por Fonte	R\$ 597.943.673,66**
Percentual de Recursos aplicados em Saúde em 2006	
TCE	6,72%
SIOPS	5,40%

*Fonte: TCE

**Fonte: SIOPS

Verifica-se, portanto, que, no exercício financeiro de 2006, consoante os dados apresentados tanto pelo TCE-RS quanto pelo SIOPS, o percentual aplicado pelo Estado em ações e serviços públicos de saúde restou aquém do mínimo constitucionalmente exigido (doze por cento, com base no artigo 77, inciso II, § 4º da ADCT, acrescido pela EC nº 29/2000).

Cabe salientar que, no montante de despesas apresentadas pelo TCE-RS, houve a inclusão das contribuições ao IPERGS para Assistência Médica dos Servidores, de acordo com o Parecer nº 04/2007, Processo nº 2270-02.00/06-2, no valor de R\$ 129.133.579,17. De qualquer sorte, é mister lembrar que o artigo 196 da Carta Magna estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, sendo garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Sendo assim, a inclusão da despesa referida certamente não resta de acordo com as exigências constitucionais, visto que se trata de valor referente a gasto com clientela fechada.

3.2.2 Ano base 2007

No exercício financeiro do ano de 2007, o TCE-RS, no que diz respeito a despesas em ações e serviços públicos de saúde, considerou o Parecer nº 04/2007, Processo nº 2.270-02.00/06-2, aprovado pelo Tribunal Pleno do mesmo Tribunal, onde foi definida a inclusão, nas despesas referidas, da parcela referente às Contribuições ao IPERGS para Assistência Médica dos Servidores.

O Parecer nº 04/2007, ao manifestar-se pela inclusão dessas despesas no cômputo do cálculo para a definição dos limites dos gastos em saúde, baseou-se no fato de não haver sido, até aquele momento, atendida a exigência constitucional (§§ 2º e 3º do artigo 198 e artigo 77 do ADCT) que determina a edição de uma Lei Complementar específica para a regulamentação da EC 29/2000, lacuna essa que não pode ser preenchida por atos de mera regulamentação, como a Resolução nº 322/2003, do Conselho Nacional de Saúde, editada pela União para o âmbito federal, a qual não

possui poder normativo de abrangência nacional, não tendo, portanto, o alcance sobre os demais entes federados (TCE, 2007, p. 158).

Na tabela abaixo, demonstra-se a base de cálculo utilizada pelo TCE-RS e SIOPS no computo do percentual mínimo exigido em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro referido. Observa-se que aqui houve lançamento das despesas em saneamento básico prestados pela Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN).

Tabela 2

Base de Cálculo 2007	
	TCE
Receita de Impostos e Transferências	R\$ 11.788.716.343,59*
Despesa Liquidada Total	R\$ 796.336.296,00*
Despesa com Saneamento – CORSAN	R\$ 785.516.717,88*
Despesa Total	R\$ 1.581.853.013,88*
	SIOPS
Receita de Impostos e Transferências	R\$ 11.794.352.535,87**
Despesa com Recursos Próprios por Fonte	R\$ 683.731.240,91**
Percentual de Recursos aplicados em Saúde em 2007	
TCE	13,42%
SIOPS	5,80%

*Fonte: TCE

**Fonte: SIOPS

Considerando-se o aspecto da não existência de um procedimento uniforme entre os estados brasileiros, tampouco entre os Tribunais de Contas dos Estados que tratasse à época da padronização dos gastos em ASPS, o estado do RS, diferentemente de outros entes da Federação, ao deixar de considerar em suas despesas a parcela relativa aos gastos em saneamento básico prestados pela CORSAN, foi penalizado, consoante o TCE-RS, por não atender o percentual mínimo de aplicação em gastos com saúde. Assim, para o exercício de 2007, foi considerado no cômputo dos gastos em Aplicações em ações e serviços públicos de saúde, o montante de R\$ 785,516 milhões, relativos aos gastos prestados pela CORSAN, bem como a parcela relativa às

Contribuições ao IPERGS para Assistência Médica dos Servidores (R\$ 125,555 milhões).

No entanto, os dados constantes no SIOPS não constam as despesas referidas como gastos relativos a ações e serviços públicos de saúde. Novamente, convém recordar que o artigo 196 da CF estabelece que a saúde deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Desse modo, a inclusão da despesa relativa ao IPERGS está em desacordo com as exigências constitucionais, visto que se trata de valor referente a gasto com clientela fechada. No que concerne aos gastos da CORSAN, cabe lembrar que, conforme a Sexta Diretriz, inciso XII, da Resolução do CNS nº 322/2003, são considerados gastos com ações e serviços públicos de saúde o saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde, ou seja, não poderia ser considerada a despesa total com saneamento da CORSAN para essa finalidade.

3.2.3 Ano base 2008

Nessa tabela, demonstra-se a base de cálculo utilizada pelo TCE-RS e SIOPS no computo do percentual mínimo exigido em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro referido.

Tabela 3

Base de Cálculo 2008		
		TCE
Receita de Impostos e Transferências	R\$	14.123.286.151,13*
Despesa Liquidada Total	R\$	1.053.673.984,76*
Despesa com Saneamento - CORSAN	R\$	697.540.955,13*
Despesa Total	R\$	1.751.214.939,89*
		SIOPS
Receita de Impostos e Transferências	R\$	14.124.191.323,17**
Despesa com Recursos Próprios por Fonte	R\$	921.813.779,26**
Percentual de Recursos aplicados em Saúde em 2008		
TCE		12,40%
SIOPS		6,53%

*Fonte: TCE

**Fonte: SIOPS

Portanto, para o exercício de 2008, o TCE-RS considerou no cômputo dos gastos em aplicações em ações e serviços públicos de saúde o montante de R\$ 697,540 milhões, relativos aos gastos prestados pela CORSAN, e ainda a parcela relativa às Contribuições ao IPERGS para Assistência Médica dos Servidores (R\$ 185,453 milhões). Considerando que o total das despesas em saúde no exercício referido foi de R\$ 1,751,214 bilhões, consoante a tabela acima, as despesas referentes a CORSAN e ao IPERGS corresponderam a 39,83% e 10,48% do total, respectivamente, ou seja, mais de 50% de todas as despesas com ações e serviços públicos de saúde desse ano.

3.2.4 Ano base 2009

Na tabela abaixo, observa-se a base de cálculo utilizada pelo TCE-RS e SIOPS no computo do percentual mínimo exigido em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro supracitado.

Tabela 4

Base de Cálculo 2009	
	TCE
Receita de Impostos e Transferências	R\$ 14.523.872.065,00*
Despesa Liquidada Total	R\$ 1.049.529.112,00*
Despesa com Saneamento - CORSAN	R\$ 855.688.093,00*
Despesa Total	R\$ 1.905.217.205,00*
	SIOPS
Receita de Impostos e Transferências	R\$ 14.524.944.594,00**
Despesa com Recursos Próprios por Fonte	R\$ 1.050.931.567,65**
Percentual de Recursos aplicados em Saúde em 2009	
TCE	13,12%
SIOPS	7,24%

*Fonte: TCE

**Fonte: SIOPS

Conforme o Parecer Prévio de 2009 do TCE-RS, o Ministério da Saúde realizou reuniões com representantes dos Tribunais de Contas dos Estados, dos Municípios e da União, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), com o objetivo de disciplinar os dispositivos da EC nº 29/2000. Como resultado dessas reuniões, restou estabelecido um critério consensual quanto às receitas e despesas que deveriam compor o percentual mínimo de aplicação na saúde, o qual foi convalidado pela Portaria nº 2.047/2002, do Ministério da Saúde, e pela Resolução nº 316/2002, do Conselho Nacional de Saúde, reeditada por meio da Resolução nº 322/2003, a qual passou a ter qualificação de diretriz para a aplicação uniforme do referido ditame constitucional.

O TCE-RS, no entanto, com a finalidade de padronizar o entendimento operacional para atuação do controle externo acerca do que dispõe a referida emenda, em relação à despesa, considerou as liquidações totais, ou seja, computadas as despesas liquidadas do exercício e de exercícios anteriores, tendo em vista o entendimento exarado no Parecer Coletivo nº 01/2003, aprovado pelo Tribunal Pleno da Corte referida em 1º de dezembro de 2003.

Também, no que diz respeito a esses gastos, considerou-se o contido no Parecer nº 04/2007, Processo nº 2.270-02.00/06-2, do mencionado Tribunal, no qual foi definida a inclusão da parcela referente às Contribuições ao IPERGS para Assistência Médica dos Servidores.

Para a referida Corte, o conceito de ações e serviços públicos de saúde, anteriormente à regulamentação, poderia ser extraído do próprio texto constitucional, a exemplo do artigo 200, que dispõe que é atribuição do sistema único de saúde a participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico. Além disso, verificou, entre os Estados demais brasileiros, critérios de inclusão de ações e programas de governo abrangentes alocados na função saúde, para fins de cálculo do limite constitucional, como saneamento ambiental da Companhia de Saneamento do Paraná – SANEPAR e Programa de leite para crianças, no Estado do Paraná, e Subfunção Patrimônio Histórico, Artístico e Arqueológico, no Estado de Santa Catarina.

A exemplo dos anos anteriores, foi considerado no cômputo dos gastos em Aplicações em ações e serviços públicos de saúde, o montante de R\$ 855,688 milhões, relativos aos gastos prestados pela CORSAN e ainda a parcela relativa às Contribuições ao IPERGS para Assistência Médica dos Servidores (R\$ 159,477 milhões). Porém, os dados presentes no SIOPS não constam as despesas referidas como gastos referentes ao setor. Mais uma vez, importante recordar que o disposto no artigo 196 da CF, no que concerne ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Dessa feita, a inclusão da despesa relativa ao IPERGS está em desacordo com as exigências constitucionais, visto que se trata de valor referente a gasto com clientela fechada. Quanto aos gastos da CORSAN, cabe lembrar que, conforme a Sexta Diretriz, inciso XII, da Resolução do CNS nº 322/2003, são considerados gastos com ações e serviços públicos de saúde o saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde, ou seja, não

poderia ser considerada a despesa total com saneamento da CORSAN para essa finalidade.

3.2.5 Ano base 2010

No exercício financeiro de 2010, o TCE-RS segue informando o mesmo argumento dos anos anteriores no tocante aos gastos em saúde, argumentando que a não existência de um procedimento uniforme entre os Estados brasileiros, tampouco entre os Tribunais de Contas dos Estados, que trate da padronização dos gastos em ações e serviços público de saúde, o Estado do RS, diferentemente de outros Entes da Federação, ao deixar de considerar em suas despesas a parcela relativa aos gastos em saneamento básico prestados pela Companhia Riograndense de Saneamento – CORSAN, não atende o percentual mínimo de aplicação em gastos com saúde.

Dessa forma, a exemplo dos anos anteriores, foi considerado no cômputo dos gastos em aplicações em ações e serviços públicos de saúde, o montante de R\$ 944,826 milhões, relativos aos gastos prestados pela CORSAN e ainda a parcela relativa às Contribuições ao IPERGS para Assistência Médica dos Servidores (R\$ 180,402 milhões), gerando uma despesa total de R\$ 2,353,333 bilhões, equivalendo a 13,23% do total da base receita vinculada.

A tabela abaixo demonstra a base do TCE-RS e do SIOPS para o exercício de 2010 no tocante ao financiamento em saúde regulamentado pela EC nº 29/2000.

Tabela 5

Base de Cálculo 2010	
	TCE
Receita de Impostos e Transferências	R\$ 17.787.592.325,00*
Despesa Liquidada Total	R\$ 1.408.507.550,00*
Despesa com Saneamento – CORSAN	R\$ 944.826.182,00*
Despesa Total	R\$ 2.353.333.732,00*
	SIOPS
Receita de Impostos e Transferências	R\$ 17.789.039.346,27**
Despesa com Recursos Próprios por Fonte	R\$ 1.354.947.185,15**
Percentual de Recursos aplicados em Saúde em 2010	
TCE	13,23%
SIOPS	7,62%

*Fonte: TCE

**Fonte: SIOPS

Dessa feita, é possível verificar que, novamente, o Estado do Rio Grande do Sul não cumpriu com o mínimo estabelecido pela referida emenda de acordo com os dados do SIOPS, no qual não a base de cálculo da despesa não inclui os valores da despesa com saneamento da CORSAN e da contribuição do IPERGS.

3.2.6 Ano base 2011

Com a aprovação da Lei Complementar nº 141 em 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o artigo 198, 3º, da CF. O financiamento da saúde conta agora com novas diretrizes acerca dos gastos a serem computados na apuração do percentual mínimo que deve ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde.

O TCE-RS, contudo, afirma que tendo em vista que a retrocitada Lei Complementar veio a ser publicada em 2012, quando a despesa do exercício

em análise já havia sido definida e executada baseada em Lei Orçamentária elaborada e aprovada conforme parâmetros estabelecidos até então, cabe lembrar que foi ainda considerado no cômputo dos gastos em Saúde, a exemplo dos anos anteriores, o montante de R\$ 1,151 bilhão, relativo aos gastos da CORSAN, e a parcela relativa às Contribuições ao IPERGS para Assistência Médica dos Servidores (R\$ 160,011 milhões).

Na tabela abaixo, observa-se as bases de cálculo utilizadas pelo TCE-RS e pelo SIOPS no computo do percentual mínimo a ser aplicado em saúde no exercício de 2011.

Tabela 6

Base de Cálculo 2011	
	TCE
Receita de Impostos e Transferências	R\$ 18.710.677.867,00*
Despesa Liquidada Total	R\$ 1.509.878.736,00*
Despesa com Saneamento – CORSAN	R\$ 1.151.704.957,00*
Despesa Total	R\$ 2.661.583.693,00*
	SIOPS
Receita de Impostos e Transferências	R\$ 18.710.619.386,21**
Despesa com Recursos Próprios por Fonte	R\$ 1.503.663.489,46**
Percentual de Recursos aplicados em Saúde em 2011	
TCE	14,22%
SIOPS	8,04%

*Fonte: TCE

**Fonte: SIOPS

Mais uma vez é possível verificar a divergência existente entre o cálculo apresentado pelo TCE-RS e pelo SIOPS acerca do gasto em saúde pública. Através da inclusão do gasto da CORSAN e da contribuição ao IPERGS, o valor apresentado pelo TCE-RS para a despesa em ações e serviços públicos de saúde supera o número apresentado pelo SIOPS em R\$ 1.157.920.203,54 representando cerca de 77% do valor total apresentado pelo SIOPS.

3.3 CONTROLE SOCIAL

O controle social trata-se de uma das conquistas alcançadas pelas mobilizações sociais e democráticas dos anos 1980, que se consolidaram na CF de 1988, e nas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990. Com a integração dos Conselhos de Saúde na estrutura legal do Poder Executivo, abriu-se o espaço necessário ao desenvolvimento do controle social. Dessa forma, foram criados os Conselhos Municipais de Saúde, órgãos das Secretarias Municipais de Saúde; os Conselhos Estaduais de Saúde, órgãos das Secretarias Estaduais de Saúde; e o Conselho Nacional de Saúde, órgão do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, p. 26).

No Estado do RS, o controle social da política estadual de saúde é executado pelo Conselho Estadual de Saúde do Estado do RS (CES-RS), órgão colegiado de caráter permanente, paritário e deliberativo, com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução referida, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, conforme estabelece a Lei nº 10.097/1994. As competências do CES-RS estão dispostas no artigo 8º da referida lei que assim dispõe:

Art. 8º - Ao Conselho Estadual de Saúde compete, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo:

I - VETADO

II - VETADO

III - VETADO

IV - VETADO

V - VETADO

VI - VETADO

VII - VETADO

VIII - atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Estadual de Saúde, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul;

IX - acompanhar, analisar e fiscalizar o Sistema Único de Saúde, no Estado do Rio Grande do Sul;

X - estabelecer diretrizes, apreciar e aprovar o Plano Estadual de Saúde, bem como acompanhar e avaliar sua execução;

XI - apreciar e aprovar a proposta do Plano Plurianual, da lei de diretrizes orçamentárias e do orçamento anual da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente;

XII - apreciar e aprovar o Plano de Aplicação e a prestação de contas do Fundo Estadual de Saúde, bem como acompanhar e fiscalizar a sua movimentação;

- XIII - apreciar e aprovar os Relatórios de gestão do Sistema Único de Saúde apresentados pelo Gestor Estadual;
- XIV - apreciar, analisar e deliberar sobre as políticas setoriais de saúde, bem como acompanhar e fiscalizar sua implementação;
- XV - estabelecer critérios, bem como acompanhar e controlar a atuação do setor privado na área de saúde, credenciado mediante contrato e convênio para integrar o Sistema Único de Saúde no Estado;
- XVI - aprovar o regulamento, a organização e as normas de funcionamento das Conferências Estaduais de Saúde reunidas, ordinariamente, e convocá-las extraordinariamente;
- XVII - formular diretrizes e instruções para a formação e funcionamento dos Conselhos Regionais de Saúde;
- XVIII - outras atribuições, definidas e asseguradas em atos complementares, baixadas pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, que se referirem à operacionalidade e à gestão do Sistema Único de Saúde - SUS.

A participação da sociedade na gestão do SUS se dá, igualmente, através do órgão colegiado mencionado, já que os usuários do sistema integram o Conselho. O CES-RS, também, acompanha e contribui para o fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde.

O objetivo do Conselho é a participação direta na gestão dos bens e serviços públicos, podendo-se intervir ativamente no planejamento, fiscalização e análise das ações públicas, e na negociação de conflitos entre os diversos membros da sociedade civil. Constituem uma mediação que possibilita a formação de sujeitos históricos numa convivência democrática, pois tornam-se instrumentos de expressão, representação e participação da população (GOHN, 2003, p.83).

O conselho é formado por 52 conselheiros titulares e os respectivos suplentes representando as áreas governamentais (11), dos prestadores de serviços (05), dos profissionais de saúde (10) e da sociedade civil organizada (26). Sua representação diversificada e paritária permite que os diversos tipos de organizações associações de moradores, sindicatos, associações de portadores de patologias e de deficiências, movimentos populares, entre outras possam apresentar suas demandas e fazer suas avaliações sobre a Política de Saúde desenvolvida no Estado.

Em relação ao orçamento da saúde, todo ano o conselho se reúne em reunião ordinária para debater sobre a proposta de orçamento do ano seguinte

e dar seu parecer a respeito. A seguir são apontadas, de forma esquematizada, as atas referidas com comentários dos conselheiros no concerne ao orçamento da saúde nos exercícios financeiros de 2006 a 2011.

a) ATA DA 18ª REUNIÃO PLENÁRIA ORDINÁRIA DO CES/RS – 2005

Nessa reunião, o conselheiro Cláudio Augustin relatou que no Orçamento da Saúde para o ano de 2006 tem itens que não são SUS. Entre os pontos, está o IPE, um plano privado, para um grupo fechado. A conselheira Arita Bergmann manteve sua proposta e propôs uma discussão como ponto de pauta: o IPE, mantê-lo ou não. O conselheiro Luiz Anibal Machado reafirmou a posição da Comissão, e falou que o Conselho Estadual de Saúde tem que cumprir a Lei, e que com essa posição, estaria apoiando a SES, pois buscaria mais recursos para a saúde.

b) ATA DA 18º REUNIÃO PLENÁRIA ORDINÁRIA DO CES/RS – 2006

O conselheiro Claudio Augustin, perguntou se a SES/RS encaminhou para Assembleia Legislativa a retificação do orçamento no que tange a não complementação dos 12%, conforme determina a constituição federal e, quanto do orçamento estava previsto de acréscimo em gastos com pessoal, decorrente da contratação de novos servidores, assim como está previsto o acréscimo salarial decorrente da implementação de cargos e carreira.

c) ATA DA 18ª PLENÁRIA ORDINÁRIA DO CES/RS – 2007

Na plenária realizada, quando da inclusão da proposta orçamentária para o ano de 2008 na pauta, não houve discussão a respeito do cumprimento da EC nº 29/2000.

d) ATA DA 15ª PLENÁRIA ORDINÁRIA DO CES/RS – 2008

Nesse ano, não houve, igualmente, discussão acerca da temática.

e) ATA DA 15ª PLENÁRIA ORDINÁRIA DO CES/RS – 2009

Nessa plenária, houve a manifestação de Milton Francisco Kempfer, que questionou qual a verba destinada ao IPE/RS e se esta contempla o saneamento básico da saúde.

f) ATA DA 14ª PLENÁRIA ORDINÁRIA DO CES/RS – 2010

Nessa reunião, o vice-presidente Paulo Humberto da Silva ressaltou que na última avaliação de contas do Governo do Estado, o CES-RS “intencionou o Tribunal de Contas da União (TCU) quanto Ministério Público no sentido de delegar que aqueles gastos da CORSAN e do IPE não são gastos com a saúde pública”. Disse, ainda, que “nos julgamentos das contas do Governo dos anos de 2009 a 2010 que foram aprovadas, o TCU definiu em partes aquilo que o CES-RS questionou de que, portanto, por essa ordem normativa, projeto e emenda, entende que devem ser excluídos aqueles que sejam custeados por taxas e tarifas”.

Vislumbra-se, portanto, que o CES-RS, nos anos analisados, pouco discutiu acerca dos critérios utilizados pelo Governo do Estado no que concerne ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde. As curtas menções ao tema são superficiais, apenas citando a preocupação relativa à questão da inclusão do gasto da CORSAN na proposta orçamentária do ano de 2011, sendo que esta parcela resta presente no orçamento da saúde desde 2007, consoante os dados do TCE-RS.

3.4 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO 3

No presente capítulo, foi possível verificar o modo de aplicação dos recursos mínimos exigidos pela EC nº 29/2000 em ações e serviços públicos de saúde no Estado do Rio Grande do Sul, nos exercícios financeiros dos anos de 2006 a 2011. Foi analisado, também, o controle social da política estadual da saúde exercida pelo Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES-RS), no que concerne à proposta orçamentária para o setor.

Embora o CNS tivesse à época elaborado uma resolução própria dispondo acerca da regulamentação da EC mencionada - Resolução do CNS nº 316/2002, reeditada por meio da Resolução do CNS nº 322/2003 – tal normativa não foi aplicada pelo TCE-RS, no que pertine ao cômputo do percentual mínimo a ser observado para o orçamento do setor saúde, ainda que o Tribunal supracitado tenha mencionado em seus pareceres ter participado de reuniões organizadas pelo Ministério da Saúde (MS). O objetivo desses encontros era o de incentivar a efetiva implementação dos dispositivos constitucionais alterados pela EC da saúde.

Como resultado das reuniões do MS, foi definido que a Resolução do CNS nº 322/2003 teria qualificação de diretriz para a aplicação uniforme do referido ditame constitucional. No entanto, o TCE-RS não acatou a decisão referida por seguir o entendimento carreado no Parecer nº 04/2007, que compreendia a parcela das contribuições ao IPERGS, e a Instrução Técnica nº 07/2008, que incluía os gastos em saneamento como despesa referente ao setor saúde.

O Tribunal em tela, na ocasião, firmou entendimento no sentido de que, como até aquele momento (da análise das contas) não havia sido editada a lei complementar referida no artigo 198, § 3º, da Carta Magna e no artigo 77 da ADCT, a brecha formada não poderia ser suprida por atos de mera regulamentação, sem poder normativo de abrangência nacional, como a Resolução mencionada. Para o TCE-RS, o conceito de ações e serviços

públicos de saúde, na falta de regulamentação, poderia ser deduzido do texto constitucional, como o artigo 200 da CF, que estabelece como atribuição do SUS a participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico.

De fato, o prejuízo que o setor saúde sofreu ao longo dos quase doze anos entre a promulgação da Carta Magna, em 1988, e o advento da EC nº 29/2000, acrescido por mais um período de aproximadamente doze anos, entre a emenda referida e a aprovação da LC nº 141/2012, que regulamentou o artigo 198, § 3º da CF e deu outras providências, consoante já explicitado, reflete cerca de vinte e quatro anos de lacunas legislativas, caracterizadoras de um histórico descaso normativo, social e político da Administração Pública no que concerne à gestão da saúde pública no país. Nessa senda, o advento da lei complementar supracitada representa um avanço significativo para a garantia de um sistema único de saúde de qualidade, gracioso, de acesso universal.

Por fim, o controle social criado pela CF introduziu importante instrumento de participação direta na gestão da saúde pública. No caso do estado do RS, esse controle é exercido pelo CES-RS, que tem como competência atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Estadual de Saúde, no âmbito estadual; acompanhar, analisar e fiscalizar o Sistema Único de Saúde, no estado do Rio Grande do Sul; estabelecer diretrizes, apreciar e aprovar o Plano Estadual de Saúde, bem como acompanhar e avaliar sua execução; definir critérios, bem como acompanhar e controlar a atuação do setor privado na área de saúde, credenciado mediante contrato e convênio para integrar o SUS no Estado, entre outras questões.

Na análise das atas, entretanto, constatou-se uma abordagem não aprofundada da matéria relativa à proposta orçamentária do setor saúde, no tocante ao cumprimento do percentual mínimo anual em ações e serviços públicos de saúde estabelecido para os estados pela EC nº 29/2000.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consoante o texto constitucional, a saúde é um direito social, cabendo ao Estado o dever de assegurá-lo a todos, mediante a adoção de políticas públicas como garantia do acesso universal igualitário a suas ações e serviços. Sendo, igualmente, um direito fundamental, a Constituição da República previu dispositivos capazes de garantir sua efetividade.

A CF criou o Sistema Único de Saúde (SUS), como um sistema de acesso universal e gratuito, a ser financiado por toda 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 nela especificadas. Nessa senda, foi sancionada a Lei nº 8.080/90, que estabeleceu as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Em 13 de setembro de 2000, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 29, também chamada de EC da saúde, que introduziu regramentos capazes de garantir os recursos mínimos para o financiamento do setor. A emenda mencionada promoveu várias modificações nos artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da CF, que teve a redação sensivelmente alterada. Nessa linha, merecem destaque os parágrafos 2º e 3º, que estabeleceram a observação anual de recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, derivados da aplicação de percentuais calculados de forma pré-definida.

A Lei Complementar (LC) nº 141, publicada em 13 de janeiro de 2012, regulamentou o referido art. 198, § 3º da CF para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pelos entes federados em ações e serviços públicos de saúde; estabeleceu os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revogou dispositivos das Leis nº 8.080/90 e nº 8.689/93; e deu outras providências.

Cabe destacar que quase todo o conteúdo da lei em tela já vinha sendo aplicado e obedecido pelas esferas gestoras do SUS, pois foram implementados através de Decretos, portarias do Ministério da Saúde e Resoluções do próprio Conselho Nacional de Saúde, em que pese a fragilidades dos instrumentos regulamentadores. Atualmente, a referida lei normatiza o quanto deve ser aplicado em saúde pelas três esferas de governo, assim como o que pode ser considerado ações e serviços públicos de saúde para fins de financiamento.

Essa recente legislação trouxe questões importantes, incumbindo aos gestores públicos atenção especial ao seu conteúdo. No que concerne ao estado do RS, apresentou a base legal necessária para que o Estado regularize sua situação perante o financiamento da saúde pública, a fim de garantir à população o desfrute de um serviço público de qualidade, gracioso e de acesso universal, consoante fora idealizado quando da criação do SUS.

Foram verificadas, no presente trabalho, informações relativas aos exercícios financeiros de 2006 a 2011 do estado supracitado, quanto ao cumprimento do percentual mínimo definido pela EC nº 29/2000 para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, embasadas principalmente em dados do TCE-RS e do SIOPS, bem como do controle social da política estadual da saúde exercida pelo CES-RS, no que tange à proposta orçamentária para o setor. Nessa análise, foi possível observar o modo de aplicação desses recursos no âmbito do estado do RS, bem como o controle social exercido pelo CES-RS, referente à proposta orçamentária, com relação ao período abordado.

Antes da edição da LC nº 141/2012, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) elaborou uma resolução própria dispondo sobre a regulamentação da EC da saúde - Resolução do CNS nº 316/2002, reeditada por meio da Resolução do CNS nº 322/2003 - como diretriz para a aplicação uniforme do referido ditame constitucional acerca do percentual mínimo a ser observado para o orçamento do setor saúde. Porém, verificou-se que tal normativa não foi observada pelo TCE-RS, que firmou o entendimento constante no Parecer nº 04/2007 e na Instrução Técnica nº 07/2008, nas quais foram considerados,

respectivamente, a parcela das contribuições ao IPERGS e os gastos em saneamento como despesa referentes ao setor saúde.

O CES-RS, ainda que tenha contestado as decisões tomadas pelo TCE-RS, o fez sem ter condições efetivas de reverter a situação. A maior prejudicada com essas interpretações foi a saúde pública, que deixou de receber uma quantia considerável para sua manutenção e investimento.

Resta concluir que o estado do RS não cumpriu com gasto mínimo exigido pela CF para o setor saúde, uma vez que tinha o apoio do TCE-RS na aprovação de suas contas, que incluíam despesas não consideradas de saúde pública através de lacunas na legislação.

Por fim, os cidadãos têm, através da promulgação da LC nº 141/2012, a esperança de que uma nova forma de articular a gestão da saúde pública está por vir nos próximos anos, garantindo esse direito de forma equivalente em todos os entes da federação, que mesmo após quase vinte e quatro anos, ainda não conseguem sanar todas as demandas da sociedade.

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.

CAJUEIRO, Juliana Pinto de Moura. **SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL NOS ANOS NOVENTA**: um estudo da política e de seus limites e condicionantes macroeconômicos. 2004. 183 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Economia da UNICAMP, Campinas, 2004.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina M.. O cumprimento da Emenda Constitucional no. 29 no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 23, p.1613-1623, jul. 2007.

CARVALHO, Gilson. **Comentários à Lei Complementar 141 de 13/1/2012**. Disponível em: <<http://blogsaudedebrasil.com.br>>. Acesso em: 05 set. 2012.

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

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 2ª ed, São Paulo: Cortez, 1995.

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: 25 ago. 2012.

DAIN, Sulamis. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. (sup), n. 12, p. 1851-1864, 2007.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 15º ed, São Paulo: Atlas, 2010.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica**. São Paulo: Cortez Editora, 2003.

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

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado**. 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.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei nº 10.097, de 31 de janeiro de 1994**. Cria o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e estabelece outras providências.

_____. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Ata da 18ª Reunião Plenária Ordinária do CES-RS**. Porto Alegre, 2005.

_____. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Ata da 18ª Reunião Plenária Ordinária do CES-RS**. Porto Alegre, 2006.

_____. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Ata da 18ª Reunião Plenária Ordinária do CES-RS**. Porto Alegre, 2007.

_____. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Ata da 15ª Reunião Plenária Ordinária do CES-RS**. Porto Alegre, 2008.

_____. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Ata da 15ª Reunião Plenária Ordinária do CES-RS**. Porto Alegre, 2009.

_____. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Ata da 14ª Reunião Plenária Ordinária do CES-RS**. Porto Alegre, 2010.

_____. Tribunal de Contas. **Relatório e Parecer Prévio sobre as Contas do Governo do Estado: Exercício de 2006**.

_____. Tribunal de Contas. **Relatório e Parecer Prévio sobre as Contas do Governo do Estado: Exercício de 2007**.

_____. Tribunal de Contas. **Relatório e Parecer Prévio sobre as Contas do Governo do Estado: Exercício de 2008**.

_____. Tribunal de Contas. **Relatório e Parecer Prévio sobre as Contas do Governo do Estado: Exercício de 2009**.

_____. Tribunal de Contas. **Relatório e Parecer Prévio sobre as Contas do Governo do Estado: Exercício de 2010**.

_____. Tribunal de Contas. **Relatório e Parecer Prévio sobre as Contas do Governo do Estado: Exercício de 2011**.

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: 05 set. 2012.

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.

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.