



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE ENSINO TÉCNICO, MÉDIO E EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA

JOSÉ OZILDO DOS SANTOS

FINANCIAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

CAMPINA GRANDE - PB

2016

JOSÉ OZILDO DOS SANTOS

FINANCIAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Especialização em Gestão Pública da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Gestão Pública.

Orientador: D.Sc. Patrício Borges Maracajá

CAMPINA GRANDE - PB

2016

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S237f Santos, Jose Ozildo dos.
Financiamento e Gestão da Saúde Pública no Brasil
[manuscrito] / Jose Ozildo dos Santos. - 2018.
50 p.
Digitado.
Monografia (Especialização em Gestão Pública) -
Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino
Médio, Técnico e Educação a Distância , 2018.
"Orientação : Prof. Dr. Patrício Borges Maracajá , UFCG -
Universidade Federal de Campina Grande ."
1. Saúde Pública. 2. Seguridade social. 3. Sistema Único
de Saúde - SUS. I. Título

21. ed. CDD 302.1

JOSÉ OZILDO DOS SANTOS

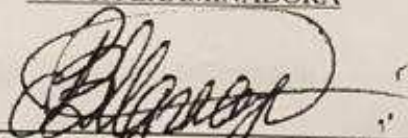
FINANCIAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Especialização em Gestão Pública da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Gestão Pública.

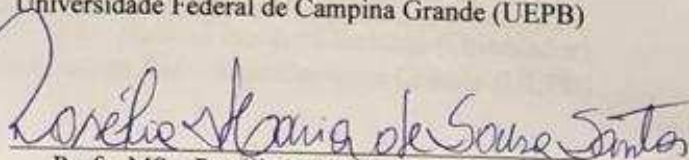
Orientador: Prof. D.Sc. Patrício Borges Maracajá

Aprovada em: 28 / 03 / 2016

BANCA EXAMINADORA



Prof. D.Sc. Patrício Borges Maracajá (Orientador)
Universidade Federal de Campina Grande (UEPB)



Profa. MSc. Rosélia Maria de Sousa Santos
Faculdades Integradas de Patos (FIP)



Prof. MSc. Rafael Chateaubriand de Miranda
Instituto de Ensino Superior Múltiplo (IESM)

À memória de meu pai Ovídio Angelino dos Santos:
Um simples soldado da vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Criador, que mantém o Universo em equilíbrio, que me deu a vida e nela a oportunidade de ampliar meus conhecimentos.

Aos meus pais (in memoria), que me ensinaram a valorizar a vida e a ser grato diante do mais simples dos gestos.

À Rosélia Santos, minha esposa, companheira de todos os momentos, que com amor, ilumina meus passos e alegra o viver.

Ao Prof. D. Sc. Patrício Borges Maracajá, meu orientador a quem expesso os mais sinceros agradecimentos, pelo constante apoio em minha caminhada.

Em conta-gotas anda a Saúde Pública?...
Em conta-gotas d'Água...
Em conta-gotas de Sangue...
Em conta-gotas de Lágrimas.

(Nelson Martins, poeta)

RESUMO

Nos últimos anos tem se intensificado as críticas ao Estado brasileiro no que diz respeito à saúde. Existe uma insatisfação generalizada em relação à qualidade dos serviços prestados à população, denunciando que os investimentos no setor são insuficientes para atender a real demanda da população. É importante lembrar que o direito a saúde constitui uma prerrogativa expressa na própria Carta Magna, constituindo um conjunto de ações cuja execução dar-se mediante a implementação e o desenvolvimento de políticas públicas, em cujo processo de elaboração exige-se a participação efetiva da sociedade. Assim, no exercício de suas funções cabe ao Estado o dever de dotar o aparato que constitui o serviço público de saúde das condições objetivas, que permitam o acesso a esse direito constitucional por parte de todos os cidadãos. E mais ainda, deve ser garantido uma assistência igualitária. No entanto, todos os mecanismos até agora apresentados pelo governo federal para resolver os problemas com o financiamento da saúde pública no Brasil, não trouxeram ganhos reais, diante da demanda sempre crescente. Pode-se perceber que até agora a preocupação da União [pelo menos em tese] foi manter o mínimo no que diz respeito à aplicação dos recursos destinados ao custeio da saúde pública. Através do presente trabalho pode-se perceber que o Estado Brasileiro não vem tendo a preocupação de alocar os recursos necessários ao funcionamento do Sistema Único de Saúde, impossibilitando que este cumpra os seus princípios norteadores, num completo desrespeito às disposições constitucionais.

Palavras-chave: Saúde Pública. Financiamento. Questionamentos.

ABSTRACT

In recent years it has intensified criticism of the Brazilian state with regard to health. There is widespread dissatisfaction with the quality of services rendered to the population, claiming that investments in the sector are insufficient to meet the actual demand of the population. It is important to remember that the health law is an express right in the very Constitution, constituting a set of actions which give up through the implementation and development of public policies, in whose preparation process requires the effective participation of society. Thus, in the exercise of its functions the State has the duty to provide the apparatus which is the public health service of the objective conditions that allow access to this constitutional right by all citizens. What's more, it should be guaranteed an equal assistance. However, all the mechanisms so far presented by the federal government to solve the problems with the financing of public health in Brazil, did not bring real gains in the face of ever increasing demand. It can be seen that so far the Union's concern [at least in theory] was to maintain the minimum as regards the application of resources for the funding of public health. Through this work can be seen that the Brazilian State is not taking the concern to allocate the resources necessary for the functioning of the Unified Health System, which prevented it accomplishes its guiding principles, a complete disregard to the constitutional provisions.

Keywords: Public Health. Financing. Questionings.

LISTA DE SIGLAS

ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADPF	Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ANC	Assembleia Nacional Constituinte
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CF	Constituição Federal
CN	Congresso Nacional
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CNSS) demonstra
COFINS	Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
FINSOCIAL	Fundo de Investimento Social
FPE	Fundo de Participação dos Estados
IBI	Imposto sobre Bens Imóveis
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IPi	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPMF	Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira
IPTU	Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IRRF	Imposto de Renda Retido na Fonte
ISS	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
ITCD	Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação de Quaisquer Bens ou Direitos
ITCMD	Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação
ITR	Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural
LC	Lei Complementar

LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orgânica Anual
MPAS	Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
Nob-96	Norma Operacional Básica do SUS (NOB-96).
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PIB	Produto Interno Bruto
PSDB	Partido da Democracia Social
RCL	Receita Corrente Líquida
RDATI	Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPN	Sistema Previdenciário Nacional
SSS	Sistema de Seguridade Social
SSSNC	Sistema de Seguridade Social Não Contributivo
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Pressupostos do SUS, definidos com base na Constituição Federal.....	27
Quadro 2	Competências e atribuições das diferentes esferas de governo em relação ao SUS.....	28
Quadro 3	Receitas que entram na base de cálculo estadual para custeio da saúde.....	33
Quadro 4	Receitas que entram na base de cálculo municipal para custeio da saúde.....	33
Quadro 5	Receitas que entram na base de cálculo distrito federal.....	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Receitas da União previstas para 2015.....	37
Tabela 2	Projeção para as receitas destinadas à saúde, considerando o fato de a EC nº 86/2015 já estivesse sendo aplicada.....	38

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 A SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL.....	15
2.1 O ESTADO E SUA FUNÇÃO SOCIAL.....	15
2.2 SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL.....	17
3 A GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	22
3.1 A SAÚDE ENQUANTO DIREITO CONSTITUCIONAL.....	22
3.2 O SUS E A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA.....	26
4 O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	31
4.1 ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE.....	31
4.2 A INSUSTENTABILIDADE FINANCEIRA ESTATAL.....	39
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS.....	48

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos tem se intensificado as críticas ao Estado brasileiro no que diz respeito à saúde. Existe uma insatisfação generalizada em relação à qualidade dos serviços prestados à população, denunciando que os investimentos no setor são insuficientes para atender a real demanda da população. Ademais, os serviços públicos de saúde possuem suas estruturas sucateadas, enfrentam problemas de gestão de pessoal e convivem com a constante falta de medicamentos.

No entanto, existe uma série de tributos que entra no custeio direto das ações e dos serviços de saúde, promovidos pelo Estado brasileiro, que a partir da Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde, que deveria ser mantido com o repasse de 30% (trinta por cento) de todos os valores consignados no Orçamento da Seguridade Social, na forma determinada pelo art. 58, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Entretanto, o que se tem visto é que o governo brasileiro deixou de aplicar as disposições constitucionais e passou a criar mecanismos alternativos para tratar do financiamento da saúde, agravando cada vez mais a crise já existente no setor.

A instabilidade econômica e política vivenciada pelo país nos últimos meses têm feito com que os olhos da sociedade se distanciem dos problemas enfrentados pela saúde pública, que se agravam ainda mais a cada dia, diante da situação de descaso.

Nos últimos 25 anos, além da Lei Complementar nº 141/2012, foram aprovadas as Emendas Constitucionais nºs. 29/2000 e 86/2015, estabelecendo percentuais de participação por parte dos entes federados, redefinindo, principalmente, o papel da União no financiamento da saúde. Inicialmente, foram fixados os percentuais de custeio de 12% (doze por cento) e 15% (quinze por cento), respectivamente para estados e municípios.

Até o ano passado, a União encontrava-se obrigada a destinar para o financiamento da saúde, o valor que foi consignado no ano anterior, acrescido do percentual registrado na variação do Produto Interno Bruto. Este ano, entrou em vigor uma nova regra, estabelecendo um percentual de 15% (quinze por cento) que será integralizado em cinco anos, ou seja, até 2020.

Entretanto, apesar de todas essas medidas, os valores destinados ao custeio da saúde no Brasil ainda são insuficientes, fazendo com que o referido setor viva na atualidade a maior crise de sua história.

Além da insuficiência de recursos, o referido setor também sofre com os constantes cortes em seu orçamento, fato que inviabiliza a execução dos planos e ações elaborados por todos os órgãos da saúde pública.

Desta forma, é visível a necessidade de uma maior discussão sobre o financiamento da saúde pública no Brasil, principalmente, quanto à redefinição da participação dos entes federados neste processo, bem como quanto à aplicação de mais investimentos para proporcionar ao Sistema Único de Saúde uma maior cobertura. E, essa necessidade justifica por demais a escolha do presente tema, que merece ser tratado com mais importância por parte de todos os segmentos da sociedade brasileira.

Diante dessas colocações, o presente trabalho tentou responder ao seguinte problema: No cumprimento das disposições constitucionais, o Estado Brasileiro vem tendo a preocupação de alocar os recursos necessários ao funcionamento do Sistema Único de Saúde fazendo com que se cumpram os princípios que lhe norteiam?

A pesquisa bibliográfica foi o único procedimento metodológico utilizado para a produção desta produção acadêmica. Esse tipo de pesquisa por possuir um caráter exploratório, reveste-se de significativa importância, porque através dela é possível o pesquisador entrar em contato direto com tudo o que foi produzido sobre o assunto, que é objeto de seu trabalho, colhendo o entendimento de diversos autores e buscando as informações complementares necessárias à fundamentação de suas discussões.

O presente trabalho tem por objetivo geral avaliar como vem ocorrendo o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Quanto aos seus objetivos específicos, estes são os seguintes: mostrar como ocorreu o processo de construção do Sistema Único de Saúde; avaliar a participação dos entes estatais no financiamento da saúde pública no Brasil, e, discutir os diferentes mecanismos colocados em prática pelo Estado brasileiro na tentativa de amenizar os problemas relacionados ao financiamento direto da Saúde Pública.

Para atingir tais objetivos estruturou-se o presente trabalho em três capítulos distintos. No primeiro, discute-se a seguridade social no Brasil, focalizando o estado e sua função social, e, por fim, a seguridade na Constituição Federal de 1988.

No segundo capítulo discutiu-se a gestão da saúde pública no Brasil, apresentando, inicialmente, a saúde enquanto direito constitucional e, num segundo momento, a saúde enquanto direito constitucional. No terceiro e último, abordou-se o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentando quais os requisitos que são levados em consideração quando da elaboração do orçamento da saúde no Brasil, para, num segundo momento, discutir a insustentabilidade financeira estatal em relação à saúde pública.

2 A SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL

No Brasil, a Seguridade Social somente ganhou um tratamento mais atencioso com a promulgação da Constituição Federal de 1988, oportunidade em que foram definidas fontes específicas para o seu custeio, bem com alguns requisitos a serem observados quando da elaboração de seu orçamento. Deve-se ressaltar que essas conquistas foram resultantes das transformações pelas quais passou o Estado brasileiro na década de 1980.

Partindo de tais considerações, o presente capítulo tem por objetivo promover uma abordagem sobre as mudanças registradas na seguridade social, no Brasil, a partir da promulgação da atual Constituição Federal.

2.1 O ESTADO E SUA FUNÇÃO SOCIAL

No âmbito do direito, o Estado é definido como sendo uma figura abstrata, criada pela sociedade, fruto do interesse coletivo de unificar e desenvolver o ser humano. Para cumprir esse papel, o Estado possui um conjunto de atribuições e funções pré-estabelecidos, objetivando sempre preservar o interesse público. No entanto, o Estado como ente jurídico não nasceu já ostentando o aspecto que atualmente apresenta. Seu perfil foi construído ao longo dos séculos, passando por profundas transformações, principalmente, a partir do final do século XVIII, quando ocorreu a Revolução Francesa, oportunidade em que se definiu o conceito de cidadania (BONAVIDES, 2008).

O Estado existe para promover o bem estar social de seu povo, de sua população. E para desempenhar esse papel ele utiliza-se de vários mecanismos, voltados para a prestação de serviços à coletividade. Desta forma, o desempenho apresentado pelos diversos mecanismos utilizados pelo Estado na busca da promoção do bem estar social, determina o grau de eficiência que este possui. Assim, este será mais eficiente se for capaz de atender um maior número de demandas, bem como prestar serviços de qualidade a um maior número de pessoas (DALLARI, 2007).

Ao longo de processo de sua evolução histórica, o Estado já passou por várias fases, assumindo diferentes posturas, principalmente, em relação à tutela de direitos do cidadão. No final do século XIX começou a se desenvolver o Estado Interventor ou Estado Social

[também denominado Estado Providência ou de Estado do Bem-Estar-Social], que tomou uma forma definida no início do século XX, determinado o fim do Estado Liberal protetor das liberdades negativas. Surgia, assim, um Estado mais preocupado com as questões sociais e voltado para a valorização do indivíduo, enquanto ser humano (BONAVIDES, 2008).

À semelhança do que ocorreu quando da mudança do Estado Absolutista para o Liberal, o processo que levou ao surgimento do Estado Social também foi longo e conturbado. E somente se concretizou porque a classe operária passou a lutar por seus direitos, reivindicando, fazendo greves e exigindo melhores salários e uma jornada semanal de trabalho menor.

Na opinião de Coelho (2009, p. 88), “o Estado de bem-estar social sucede o Estado liberal, intervindo por meio de políticas públicas no mercado a fim de assegurar aos seus cidadãos um patamar mínimo de igualdade social e um padrão mínimo de bem-estar”.

Nota-se que esse processo de transição somente tornou-se possível porque se passou a priorizar as chamadas políticas públicas, primando pela igualdade entre os cidadãos e mostrando-se a necessidade da promoção de um bem-estar coletivo. Por isso, a denominação de Estado de bem-estar social, bastante diferente do Estado Liberal.

Ainda de acordo com Coelho (2009, p. 89), “o Estado de bem-estar social só se consolidou quando a cultura individualista, que havia se consolidado nas sociedades liberais”.

O novo Estado, surgindo a partir de complexas transformações, passou a atender que “atribuições deveriam se restringir ao mínimo essencial para viabilizar a vida em coletividade, cedeu lugar a uma outra cultura mais solidária” (COELHO, 2009, p. 89).

Quando se analisa a citação transcrita acima, verifica que o Estado não somente se transformou. Ele evoluiu na expressão mais completa da palavra. Antes, o individualismo era um dos fatores que caracterizava a sociedade liberal. O bem coletivo era algo completamente ignorado e para que o Estado de bem-estar social se concretizasse foi necessária uma profunda mudança na sociedade. Privilégios foram abolidos e uma série de direitos aos trabalhadores passou a ser concedida. Naquela época [final do século XIX] o mundo passava por profundas transformações, desencadeadas pelo processo de industrialização que se encontrava em expansão e pelos reflexos das ideias socialistas, que tiveram no pensador alemão Karl Marx seu principal protagonista.

Dissertando sobre o surgimento e a evolução do Estado Social de Direito, Ribeiro (2007, p. 3), afirma que este é “voltado ao cidadão como sujeito de direito”, encontrando-se “fundado nos princípios da solidariedade e da igualdade de oportunidades, do respeito às minorias [...]”.

Na forma demonstrada, o Estado Social voltou-se para o cidadão, reconhecendo-o como titular de direitos. Ele foi mais além ao reconhecer que todos os homens são iguais em direitos, revalidando o ato afirmativo esboçado na Declaração de Direitos do Homem, elaborada logo após a Revolução Francesa. Com o Estado Social, ampliaram-se as noções de direitos coletivos e difusos, assinalando o início da 3ª Dimensão dos Direitos Humanos.

Deve-se frisar que inúmeros fatores contribuíram para o surgimento do Estado Social de Direito. Abordando as transformações que culminaram com este processo, Santos Júnior (2008, p. 251) afirma que “o surgimento dos movimentos sociais [...] também fortaleceu o ideário que propugnava a maior intervenção estatal para melhor distribuir as riquezas e rearranjar a sociedade desigual”, resultante do Estado burguês.

Mais conscientizada de seu papel, a sociedade começou a se organizar em vários movimentos, passando a discutir assuntos como educação, saúde e segurança. À medida que as conquistas foram surgindo, novos movimentos foram se organizando, ampliando os debates sociais, o que levou a uma maior definição do conceito de políticas públicas.

O Estado Social de Direito estruturou-se utilizando-se do argumento de que era necessário diminuir as desigualdades sociais. Ele não voltou suas atenções para as liberdades, pois estas já haviam sido conseguidas ou conquistadas [pelo menos em tese] durante a vigência do Estado Liberal. Privilegiando questões ligadas à justiça social e à ideia de “um valor social superior” (BONAVIDES, 2007, p. 47), essa nova concepção fez com que o Estado passasse a ser garantidor de benefícios sociais, protegidos juridicamente.

É importante ressaltar que a definição do Estado Social de Direito trouxe mudanças significativas para a máquina administrativa. Com isso, a administração pública foi obrigada a criar novos mecanismos, objetivando realizar as ações e concretizar as novas finalidades definidas para o Estado vigente.

2.2 SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL

Na atualidade, a Seguridade Social possui uma estrutura que foi elaborada a partir da Constituição Federal. A atual Carta Magna, em vigor desde 1988, ao tratar da Seguridade Social em seu art. 194, ressalta que:

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 (BRASIL, 2011, p. 87).

Assim, com base no dispositivo constitucional em epígrafe, constata-se que no Brasil, a Seguridade Social propriamente dita compreende as seguintes áreas de atuação: saúde, assistência social e previdência social. Privilegiando essas áreas, o Estado brasileiro estará cumprindo, em parte, a sua função e atendendo a três de seus objetivos básicos, indo, portanto, de encontro às necessidades daquela parcela da população considerada como carente.

Ainda de acordo com o art. 194, parágrafo único, da Constituição Federal, a Seguridade Social rege-se pelos seguintes objetivos:

Art. 194.....
 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 (BRASIL, 2011, p. 87).

Quando se analisa o artigo epigrafado, verifica-se que as disposições constitucionais em vigor trouxeram a irredutibilidade para o valor dos benefícios, de forma que estes serão sempre reajustados objetivando preservar o seu poder aquisitivo. No entanto, uma das maiores implicações para a estrutura da Seguridade Social, está presente no inciso VII, do parágrafo acima transcrito. Trata-se, portanto, da democratização de sua gestão, que com base na atual Constituição Federal, passou a ser compartilhada com a sociedade, sendo realizada por um grande colegiado, do qual fazem aposentados, contribuintes e o próprio governo, configurando no que se denomina de ‘gestão democrática’.

Dissertando sobre o papel da Seguridade Social como política pública, Fiorin (2010, p. 12) afirma que esta:

[...] é organizada para proteger os cidadãos que dela necessitem em face de ocorrência de algum infortúnio ou risco social. É uma política pública que busca garantir a proteção social, não é meio de promoção econômica, é meio de amparo social.

Pelo demonstrado, a Seguridade Social existe para promover a proteção do cidadão, quando surgir uma necessidade resultante de um infortúnio, bem como de um risco social. Assim sendo, através dela, o Estado consegue colocar em prática um conjunto de políticas públicas, amparando o cidadão, auxiliando-o a ter uma vida mais digna. Em síntese, a missão da Seguridade Social é proteger os indivíduos dos riscos sociais, que podem contribuir para a geração da pobreza ou para quebrar o equilíbrio social.

Complementando esse pensamento, Couto (2004) afirma que a Seguridade Social existe para promover a proteção integral do cidadão, fazendo com que este tenha uma vida digna, saindo da chamada linha de pobreza extrema.

É importante ressaltar que essa proteção tanto diz respeito ao exercício da vida laboral do indivíduo ou quanto à falta desta. A velhice e as diversas situações não esperadas, também são contempladas tanto pelas ações de naturezas contributivas ou não.

Ressalta Behring (2003) que a noção de Seguridade Social corresponde a um direito universal.

No caso específico do Brasil, por força do estabelecido na Constituição, a Seguridade Social é financiada para a sociedade mediante recursos orçamentários oriundos da União, dos estados e municípios, sendo também caracterizada pela universalidade na cobertura ações desenvolvidas e destinadas à proteção social.

No entendimento da Secretaria Nacional de Saúde do Trabalhador, a Seguridade Social deve ser vista:

[...] como direito humano fundamental, que deve assegurar proteção social e o pleno desenvolvimento humano em todas as etapas da vida, o que, necessariamente, requer um Estado compromissado com os interesses da maioria da sociedade, capaz de desenvolver políticas consistentes de trabalho, emprego e renda, de viabilizar políticas de educação, saúde, assistência social, previdência social, habitação e demais condições que permitam sobrevivência digna a todas as pessoas (CUT, 2010, p. 8).

Desta forma, possuindo caráter de direito humano fundamental, a Seguridade Social pode ser entendida como sendo um conjunto de ações que visam garantir os direitos sociais do indivíduo (assistência social, educação, habitação, previdência social e saúde). Tais ações devem proporcionar ao cidadão as condições mínimas para este possa viver com dignidade.

A Seguridade Social contempla a previdência social, a assistência social e a saúde. No que diz respeito à segunda área da Seguridade Social, tem-se a Previdência Social, que, de acordo com Fiorin (2010) possui um caráter contributivo, estabelecendo uma filiação

obrigatória para aquelas pessoas que estão exercendo atividades remuneradas, mediante vinculação trabalhista ou como profissionais autônomos.

Como uma política pública integrada à cidadania, a Previdência Social corresponde a um dos tripés da Seguridade Social. E, por trata-se de um sistema contributivo, exige de seus segurados o pagamento das contribuições previdenciárias. E com isto, ela assegura o pagamento dos benefícios aos segurados ou aos seus dependentes, quando for o caso.

Em relação à Assistência Social, esta somente concretizou-se com a promulgação da Constituição Federal de 1988, quando tornou-se uma política integrante da Seguridade Social, configurando-se numa espécie de sistema de proteção social, destinado a suprir as necessidades dos desamparados, passando a coexistir ao lado da Previdência Social e da Saúde (CARVALHO, 2008).

A Assistência Social constitui um dos eixos de sustentação da Seguridade Social, tendo como escopo a proteção de pessoas hipossuficientes, uma vez, que destina-se a proteger aqueles que não possuem renda fixa ou trabalho formal e vivem em situação de miserabilidade, não possuindo, portanto, condições de contribuir para Previdência Social.

Em síntese, a Assistência Social deve ser prestada tanto pelo Estado, como pela sociedade como um todo, como forma de reforçar o seu caráter legal. Se por um lado, a Previdência Social consiste no sistema contributivo, que exige o pagamento de contribuições previdenciárias para a cobertura dos segurados e de seus dependentes, por outro, a Assistência Social e a Saúde não exige contribuição para o gozo dos seus benefícios. Noutras palavras, a Assistência Social irá proteger justamente aqueles desprovidos de contribuições previdenciárias e que estão em situação de risco social.

Quanto à saúde, segundo Couto (2004), ao Estado cabe à obrigação de promover medidas de caráter preventivo às enfermidades, reduzindo, assim, a incapacidade, a invalidez e a morte do indivíduo, seja este contribuinte ou não do Sistema Previdenciário Nacional (SPN).

Na forma demonstrada, por previsão constitucional, é dever do Estado prestar assistência médico-hospitalar ao indivíduo, independentemente de sua situação econômica ou do recolhimento previdenciário. Isto porque a saúde integra o Sistema de Seguridade Social Não Contributivo (SSSNC), face possuir o caráter de universalidade e por se tratar de um serviço público disponível a todas as pessoas que dela necessitar.

Ademais, no Brasil, a saúde é uma política pública, executada através dos programas que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo prestada de forma gratuita, à população, independentemente de contribuição.

Com base no texto constitucional, destaca Weichert (2004, p. 120) que “é dever do Estado promover, proteger e recuperar a saúde da população, numa perspectiva que inclua corpo e mente, de forma que a todos seja garantido melhores condições de vida e o direito a desfrutar de um meio ambiente equilibrado”.

Entretanto, deve-se frisar que a saúde, enquanto condição física encontra-se condicionada à alimentação, sendo também uma resultante de vários fatores, dentre os quais se incluem as condições de moradia, o lazer e o acesso aos serviços públicos essenciais.

3 A GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Por ter reconhecido a saúde enquanto um direito para todos, o Brasil não somente constitucionalizou esse direito como também passou a definir fontes específicas para o custeio dos serviços públicos de saúde, demonstrando, assim, que os tributos possuem uma função social. No presente Capítulo é promovida uma abordagem sobre a gestão da saúde pública no Estado brasileiro. Nele, é mostrada a saúde enquanto direito constitucional, bem como a gestão da saúde pública no país.

3.1 A SAÚDE ENQUANTO DIREITO CONSTITUCIONAL

No Brasil, a saúde, enquanto direito fundamental social, é algo fruto de um processo construído após anos de lutas, cujos passos mais significativos começaram a ser dados na década de 1980, quando as condições da saúde pública começaram a serem amplamente debatidas no país, mediante círculos de debates, que tiveram início no contexto acadêmico e depois ganharam atenção do por parte da população através dos movimentos sociais.

É importante ressaltar que na primeira metade daquela década, quando se ampliaram as discussões sobre os problemas relacionados à saúde no Brasil, o país ainda vivia um momento de transição política, rumo à democracia, momento este que teve início após a sanção da Lei de Anistia (Lei nº 6.683/1979). Várias conferências sobre a saúde foram realizadas nesse período.

Avaliando os resultados dessas Conferências, Bravo e Pereira (2012, p. 236) afirmam que “em 1986, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o marco mais importante na história da política pública de saúde neste país, que pode ser considerada como a Pré-Constituinte da Saúde”.

É importante registrar que a 8ª Conferência Nacional de Saúde assinala uma nova época da história da saúde pública brasileira, por representar a sedimentação do projeto da Reforma Sanitária, fruto de uma iniciativa do ‘Movimento Sanitário’, que organizado na década de 1980, passou a elaborar propostas de trabalho visando o fortalecimento do serviço público de saúde, contrariando as iniciativas desenvolvidas pelos governos militares, que privilegiaram o setor privado. Esse projeto foi de grande importância para o país, porque a

necessidade da melhoria na saúde pública passou a ser um discurso mais presente, a ponto de influenciar os debates na Assembleia Nacional Constituinte, oficialmente instalada em 1987.

Grande parte das propostas aprovadas nas conferências realizadas no país foi absolvida pela Assembleia Nacional Constituinte e incorporadas à Constituição Federal, promulgada em finais de 1988.

Ao analisar esse momento histórico da sociedade brasileira, Dallari (2009, p. 10) afirma que “a introdução da saúde no rol dos direitos sociais no Brasil foi, sobretudo, resultado da força dos movimentos populares no momento da redemocratização política, no final dos anos oitenta do século vinte”.

Pelo demonstrado, a participação popular assumiu um papel de destaque nos debates sobre a saúde, ainda na década de 1980, produzindo uma forte influência sobre a Assembleia Constituinte Nacional.

A primeira referência à saúde enquanto direito fundamental social é encontrada no art. 6º da Carta Magna, que expressa: “São direitos sociais: a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 2011, p. 25).

O texto constitucional inovou de forma significativa porque reconheceu a saúde enquanto um direito fundamental. E, ao promover esse reconhecimento, estendeu a todos os cidadãos o direito de acesso aos serviços de saúde, sem levar em consideração as condições sociais e econômicas destes. O atendimento integral garantido pela Constituição deve ser oferecido pelo Sistema Único de Saúde.

Para desenvolver as ações no campo da saúde o Estado deve colocar em prática um conjunto de políticas públicas, que contemplem os aspectos sociais e econômicos, garantindo a todos um acesso igualitário aos serviços públicos de saúde em todo o território nacional. Agindo desta forma, o Estado estará promovendo o bem estar social e ao mesmo tempo contribuindo para o exercício da cidadania, valorizando o cidadão enquanto pessoa humana.

Embora a Constituição vigente não tenha atendido às demandas existentes na época, em sua totalidade, por confrontarem-se “com interesses empresariais ou de setores do próprio governo”, ela procurou se inspirar “nas proposições defendidas durante vários anos pelo movimento sanitário” (BRAVO, 2010, p. 11).

Assim sendo, verifica-se que a saúde enquanto um direito universal não é algo que veio de graça com a Constituição Federal de 1988. É algo fruto de um processo histórico marcado por lutas, que envolveu setores dos diferentes segmentos sociais. Entretanto, tem-se que reconhecer que apesar de nem todas as propostas aprovadas durante a Conferência

Nacional de Saúde que antecedeu a Constituinte, tornaram-se realidade, a garantia constitucional de que a saúde é um direito universal representa um grande avanço e mais do que isto, uma conquista de toda a sociedade brasileira.

As disposições contidas no art. 6º da Carta Magna levou o estado brasileiro a instituir uma nova política de saúde, que se materializou com a concretização do Sistema Único de Saúde, transformado no “maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas”, em virtude da cobertura proporcionada por seus serviços (PINHEIRO; ROMERO, 2012, p. 63).

É consenso de que o direito sanitário no Brasil se consolidou a partir do texto constitucional promulgado em 1988, quando, de forma efetiva, “adquiriu conteúdo suficientemente sólido para que se possa compreendê-lo de forma autônoma”, criando “uma verdadeira rede normativa voltada exclusivamente para o tratamento jurídico da questão da saúde no Brasil” (AITH, 2007, p. 83-84).

Dito com outras palavras, antes da Constituição de 1988, a saúde não era vista como um direito fundamental social, o que causou inúmeros transtornos à sociedade brasileira, principalmente, àqueles que integravam às populações carentes. Não havia uma cobertura definida para os serviços de saúde. É de se reconhecer que com a garantia constitucional e a implementação do Sistema Único de Saúde, o acesso à saúde por parte da população melhorou. No entanto, ainda não se apresenta como sendo o ideal.

Acrescentam Pinheiro e Romero (2012, p. 63) que “ao constitucionalizar a saúde e dar-lhe tratamento especial, o constituinte de 1988 impulsionou o desenvolvimento do Direito Sanitário em nosso País”.

Essa significativa contribuição permitiu a produção de importantes textos normativos, que têm dado sustentação ao desenvolvimento das ações de saúde pública. Assim, com a Constituição Federal de 1988, a saúde não somente recebeu um tratamento especial como também ganhou as bases do direito sanitário, reordenando os serviços públicos de saúde e ampliando a oferta de seus atendimentos.

Ainda segundo Dallari (2009, p. 34) “a afirmação constitucional do direito à saúde foi, no Brasil, uma experiência única” e “absolutamente consentânea com a evolução do direito no final do século vinte”.

É importante destacar que a constitucionalização de tal direito trouxe a exigibilidade da participação da sociedade nas discussões e nas definições das políticas e ações direcionadas para o referido setor. A partir de então, passou a caber ao Estado brasileiro a

obrigatoriedade de construir uma política pública de saúde, observando o conceito de saúde vigente, bem como seu reconhecimento como direito individual e coletivo.

Na prática, a conquista da saúde como um direito fundamental social, registrada no Brasil, com a Constituição Cidadã, foi fruto das transformações sociais que se descortinavam em grande parte do mundo ocidental. Para essa conquista fortemente contribuiu a organização da sociedade brasileira em movimentos sociais na década de 1980, mobilizações estas que se prolongaram até mesmo durante os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte.

Deve-se também registrar que embora exista a garantia constitucional, a efetivação do direito à saúde, enquanto direito individual, coletivo e difuso, exige uma constante participação popular no processo de definição das políticas públicas voltadas para o setor da saúde pública, bem como no processo de acompanhamento dos serviços prestados.

Assim, com base na Constituição em vigor, ao Estado cabe a obrigação de promover medidas de caráter preventivo às enfermidades, reduzindo, assim, a incapacidade, a invalidez e a morte do indivíduo, seja este contribuinte ou não do Sistema Previdenciário Nacional (WEICHERT, 2004).

No exercício de suas funções cabe ao Estado o dever de dotar o aparato que constitui o serviço público de saúde das condições objetivas, que permitam o acesso a esse direito constitucional por parte de todos os cidadãos. E mais ainda, deve ser garantido uma assistência igualitária. Nesse sentido, para cumprir os princípios constitucionais que reconhece “a saúde como um direito de todos e um dever do Estado”, cabe a este utilizar-se de seu aparato (órgãos, instituições e instrumentos), objetivando garantir de forma efetiva a necessidade dos cidadãos, no que diz respeito à saúde, com equidade e justiça.

Corroborando com esse pensamento, esclarece Silva (2012, p. 61) que “o dever de assistência pública está em assistir o necessitado até que ele recupere a saúde, tenha readquirido as condições físicas que lhe permitam retomar as suas ocupações físicas e ganhar o necessário para o seu sustento”.

Assim sendo, ao Estado não cabe o desenvolvimento de ações paliativas no campo da saúde. Suas ações devem ser concretas, objetivas e que tragam resultados positivos. Pois, a saúde é algo complexo. Sua ausência traz implicações que refletem tanto no contexto humano, quanto no social e no econômico.

Demonstra Elias (2004, p. 45) que “a efetivação da saúde em conformidade com os ditames constitucionais, exige providências de várias ordens, a começar pela reforma do Estado para torná-lo capaz de realizar a saúde como direito universal”.

Assim, no estrito cumprimento de seu dever legal, o Estado deve criar os mecanismos técnicos necessários e dotar os órgãos do sistema público de saúde, de profissionais qualificados, para assim prestar uma assistência de qualidade.

Em resumo, a assistência à saúde de forma completa por parte do Estado não pode ser vista como um ato de benevolência. Trata-se, portanto, do cumprimento de um direito constitucional, que se configura no respeito à dignidade da pessoa humana, epicentro de todo o ordenamento jurídico brasileiro.

3.2 O SUS E A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Na forma já demonstrada, a saúde constitui um direito do cidadão e, conseqüentemente, uma obrigação do Estado, nos termos definidos na Constituição Federal em vigor, cabendo aos órgãos públicos desenvolver esforços no sentido de diminuir o risco de doenças, implementando ações e serviços, que tornem possível a promoção, a proteção e a recuperação da saúde da população, de forma indistinta.

Assim, para cumprir seu papel, o Estado brasileiro criou o Sistema Único de Saúde - SUS, com o objetivo expresso de assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde a todo e qualquer cidadão, transformando, assim, a saúde num direito universal.

Esclarece o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p. 64) que o SUS foi criado pela Carta Magna vigente e posteriormente a Lei nº 8.080/90 deu-se regulamentação. E, que atualmente tal sistema:

[...] é um sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado, que integra o conjunto das ações de saúde patrocinadas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, onde cada parte cumpre funções e competências específicas.

O SUS pode ser compreendido como sendo um processo de gestão compartilhada, no qual, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios dividem/compartilham responsabilidades, visando prestar assistência médico-hospitalar à população. Em relação ao mencionado sistema, existe, pois, uma articulação entre as três esferas de governo com o compromisso de prestar uma assistência à saúde com qualidade. No âmbito federal, a gestão do SUS fica a cargo do Ministério da Saúde. Nas esferas estaduais, esta gestão é da

responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde e, nos municípios, a cargo das Secretarias Municipais de Saúde. Em sua gestão, o SUS tem normas e regulamentos que disciplinam as políticas e ações em cada subsistema, no que diz respeito às transferências intergovernamentais de seus recursos financeiros.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), como sistema público de saúde, o SUS tem suas diretrizes centradas nos seguintes pontos:

a) Descentralização - apresentando administração única em cada esfera de governo, enfatizando o processo de municipalização das ações e serviços de saúde, com o objetivo expreso de proporcionar uma maior e uma melhor promoção da saúde pública;

b) Atendimento Integral - no qual deve ser definindo as prioridades dentro de cada nível de atenção, seja este de atenção básica, média ou de alta complexidade;

c) Participação da Comunidade - proporcionada a partir da participação dos vários atores sociais, escolhidos como representantes para integrarem os integram os Conselhos de Saúde, em suas diferentes esferas (municipal, estadual e nacional).

É importante destacar que tais diretrizes orientam todas as ações do Sistema Único de Saúde, que, por sua vez, constitui-se numa das importantes políticas públicas em desenvolvimento no país, tendo também como norte orientador a equidade.

O Quadro 1 apresenta os pressuposto do Sistema Único de Saúde, estabelecidos pela Constituição vigente.

Quadro 1 - Pressupostos do SUS, definidos com base na Constituição Federal

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO
Autonomia	A gestão independente dos recursos nas três esferas de governo.
Controle	Das ações e serviços de saúde.
Diferenciação	A autonomia da União, dos Estados e dos Municípios na gestão, de acordo com as suas características.
Essencialidade	A saúde como direito fundamental do cidadão e como função do Estado.
Financiamento	Garantido com recursos das três esferas de governo.
Integração	Participação conjunta e articulada das três esferas de governo no planejamento, financiamento e execução.
Planejamento	A previsão de que os recursos da saúde devem fazer parte do orçamento da Seguridade Social nas três esferas de governo.
Regionalização	O atendimento realizado mais próximo do cidadão, preferencialmente pelo município.
Universalização	A saúde como direito de todos.

Fonte: Brasil (2012), adaptado.

Analisando o Quadro 1, verifica-se que os pressupostos do SUS dizem respeito à autonomia, ao controle, à diferenciação e à essencialidade, ao financiamento, à integração, ao planejamento, à regionalização e à universalização.

Com base no exposto, os pressupostos do SUS reforçam o entendimento de que a saúde é um direito universal, cujas ações requerem um planejamento e um controle, os órgãos gestores agem com autonomia, o financiamento das ações do SUS possuem fontes definidas, as ações desenvolvidas visam integrar à população aos serviços oferecidos pelas diferentes esferas do poder público.

Comentando o processo de construção do SUS, Leal e Santos (2012) afirmam que o referido sistema encontra-se estruturado a partir dos seguintes conceitos basilares:

- i. a democratização,
- ii. a descentralização,
- iii. a unificação das instituições que atuam na área de saúde.

É praticamente impossível se falar em democratização da saúde sem demonstrar a necessidade de descentralizar a gestão destes serviços. Pelo menos em tese, o processo de democratização da saúde se configura mediante uma gestão compartilhada, na qual, a sociedade como um todo é convocada para participar do processo decisório, contribuindo com opiniões e ao mesmo tempo sendo agentes atuantes no processo de fiscalização dos serviços prestados.

Para promover a assistência à população, o SUS desenvolveu inicialmente um processo de unificação das instituições públicas ligadas ao setor da saúde. E, num segundo momento, promoveu a descentralização da forma de gestão, repassando para os Estados e municípios, o gerenciamento das ações de saúde, objetivando tornar possível a democratização do acesso aos serviços públicos de saúde, aproximando-os dos usuários.

No contexto atual, as ações do SUS são desenvolvidas de forma compartilhada, cabendo a cada esfera de governo um conjunto de competências ao seu cargo. Objetivando um melhor entendimento, o Quadro 2 apresenta as competências e atribuições das diferentes esferas de governo.

Quadro 2 - Competências e atribuições das diferentes esferas de governo em relação ao SUS

ESFERA	COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES
	<ul style="list-style-type: none"> • apoio ao desenvolvimento científico, tecnológico e de recursos humanos; coordenação das ações de educação para a saúde; • cooperação técnica e financeira; regulação das relações entre órgãos públicos e privados;

Federal	<ul style="list-style-type: none"> • formulações de políticas nacionais de planejamento, normatização, avaliação e controle do sistema em seu âmbito; • regulação da atividade privada; acompanhamento e análise de tendências do quadro sanitário nacional, dentre outros; • regulação do SUS de abrangência nacional;
Estadual	<ul style="list-style-type: none"> • a coordenação da rede de referência estadual e a gestão do sistema de alta complexidade; • a coordenação e o planejamento; • a coordenação estadual das ações de vigilância sanitária, epidemiológica, de educação para a saúde, dos hemocentros e da rede de laboratórios de saúde pública; • a formulação da política estadual de saúde.
Municipal	<ul style="list-style-type: none"> • a previsão das ações e serviços de saúde, envolvendo a formulação de políticas de âmbito local e o planejamento, execução, avaliação e controle das ações e serviços de saúde, quer sejam voltadas aos indivíduos, ao coletivo ou ao ambiente, inclusive a educação para a saúde e os processos de produção, distribuição e consumo de produtos de interesse para a saúde.

Fonte: BRASIL (2012), adaptado.

Quando se analisa o teor apresentado no Quadro 2, percebe-se que à União cabe um papel puramente técnico, além da cooperação financeira. O chamado ‘sistema de alta complexidade’, existente na área de saúde, possui sua gestão a cargo dos Estados, responsáveis também por promoverem a coordenação de todas as ações de saúde, que possuem natureza estadual. Aos municípios cabem, principalmente, planejar e executar os serviços e ações de saúde que são direcionadas ao cidadão e a coletividade.

Deve-se ressaltar que é graças a essa união de ações que o modelo de atenção à saúde, elaborado para o SUS, consegue ofertar seus serviços à população brasileira. Assim, integrado de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços, o SUS constitui-se no meio pelo qual o Poder Público busca cumprir o seu dever de assegurar o direito à saúde, conforme previsto constitucionalmente.

Pelo que foi demonstrado e levando em consideração fato de o Sistema Único de Saúde “tem por princípio fundamental a consagração da saúde como direito universal”, este deve ser visto como sendo uma política pública (ELIAS, 2004, p. 45).

Acolhido esse entendimento, pode-se acrescentar que tal sistema encontra-se inserido entre as políticas redistributivas, que destinam-se a atingir “maior número de pessoas e impõe perdas concretas e em curto prazo para certos grupos sociais e ganhos incertos e futuros para outros” (SOUZA, 2007, p. 73).

É importante destacar que esse tipo de política pública, por ser considerada de caráter universal, configura-se naquela que possui um acesso mais dificultado, partindo do princípio de que sempre os recursos públicos destinados ao seu custeio se mostram insuficientes diante da grande demanda.

4 O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O presente Capítulo tem por objetivo apresentar como ocorre o financiamento do Sistema Único de Saúde. Assim, num primeiro momento, será mostrado como o SUS é financiado e conseqüentemente, que percentuais das receitas devem ser observados na construção do orçamento da saúde. Por último, será abordado a insustentabilidade financeira e a ineficiência do Estado brasileiro em relação à saúde pública.

4.1 ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE

Ao estabelecer que o acesso universal à saúde, a Constituição Federal de 1988 teve a preocupação de inserir a saúde pública no Sistema de Seguridade Social (SSS), determinando que o financiamento deste setor específico seria promovido através do Orçamento da Seguridade Social (OSS), bem como por meio dos tesouros da União, dos estados e dos municípios (GOMES, 2014).

Assim, para promover o custeio da saúde pública, após a promulgação da atual Constituição, foram criadas novas fontes, a exemplo da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), contemplando o financiamento da Seguridade Social como um todo, na forma determinada pela Lei nº 7.689/1988.

Por outro lado, alguns tributos já existentes àquela época, tiveram suas bases de incidência ampliadas. Foi, portanto, o que ocorreu com o Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL), posteriormente, transformado em Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS). Ademais, as alterações promovidas no ordenamento jurídico pátrio permitiram que parte da receita fiscal passasse a financiar o Sistema Único de Saúde, objetivando tornar possível a sua viabilização.

A partir dessas iniciativas foi possível construir um orçamento unificado, capaz de “racionalizar a alocação de recursos do OSS, evitando a pulverização no uso de receitas de fundos previamente existentes” (UGÁ; SANTOS, 2006, p. 1598).

Posteriormente, uma Lei Complementar, regulamentando o art. 55, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, garantiu que 30% (trinta por cento) dos recursos do OSS seriam destinados ao Sistema Único de Saúde. E, que a tais recursos federais seriam

acrescidas receitas estaduais e municipais, na forma elencada pela Constituição Federal (GOMES, 2014).

Estruturado, com pouco tempo de funcionamento, o SUS passou a enfrentar problemas quanto ao seu financiamento. Abordando essa problemática, Dain (2007, p. 1853) destaca que “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”.

Desta forma, o Estado brasileiro passou a não cumprir as disposições contidas no art. 55, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), logo no início da década de 1990. Repassando cada vez menos recursos para o custeio da saúde pública, a União começou a patrocinar a crise da saúde pública, que vem aumentando à medida que cresce a procura por parte da população pelos serviços públicos de saúde.

Ao abordar os problemas enfrentados pelo Ministério da Saúde quando da implementação do SUS, Ugá e Santos (2006, p. 1598) afirmam que estes foram decorrentes de “alguns desvios em relação aos preceitos constitucionais que regem o financiamento da seguridade social”. E, esta situação levou o Ministério da Saúde enfrentar dificuldades no Congresso Nacional quando da aprovação do Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF).

Desta forma, verifica-se que o não cumprimento das disposições constitucionais trouxe problemas para o Sistema Único de Saúde e que o IPMF, foi o primeiro tributo instituído para complementar os custos com o referido Sistema, no país.

Com o tempo, entendeu-se que essa complementação deveria ser promovida através de uma contribuição. O IPMF vigorou de 1994 a 1997, quando foi substituído pela Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Esta esteve em vigor até 2007. Inicialmente, a mencionada contribuição destinava-se exclusivamente ao custeio da saúde pública.

Segundo Dain (2007, p. 1854), “aprovada no final de 1996 e implantada em 1997, a CPMF não gerou o aumento de recursos esperado, por ter sido acompanhada pela substituição de fontes, decrescendo a importância da CSLL e da COFINS no orçamento do MS”.

Na prática, embora apresentada como sendo uma alternativa para a solução dos problemas relacionados à saúde pública, em termos de financiamento, a CPMF não correspondeu ao esperado pelo simples fato de ter-lhe sido dado outras destinações. Antes, porém, reduziram a participação da COFINS e da CSLL no orçamento da saúde.

Em 1999, parte dos recursos da CPMF passou a ser destinada à Previdência Social, e dois anos mais tarde, outra parte, às ações de erradicação da pobreza, reduzindo em quase 50% (cinquenta por cento) dos recursos que inicialmente eram direcionados ao custeio da saúde pública (DAIN, 2007).

Registra Gomes (2014) que o SUS herdou as marcas do sistema de gastos públicos que vigorava antes da Constituição de 1988, dotado de uma forte tendência centralizadora. Essa concepção continuou até o final da primeira metade da década de 1990, quando todo o gerenciamento e o financiamento da saúde eram promovidos pelo governo federal.

A mudança desse quadro somente tornou-se possível porque a Carta Magna trouxe os princípios da descentralização tributária, ampliando a competência tributária tanto dos estados, quanto dos municípios. Entretanto, o custeio do SUS teve seus problemas amenizados com o advento da Emenda Constitucional nº 29/2000.

De acordo com Dain (2007, p. 1853), “após várias reformulações ao longo de sete anos, a EC 29 foi aprovada em 13 de setembro de 2000”, dando ao SUS uma “maior estabilidade uma vez que foram estabelecidos patamares mínimos de aplicação de recursos da União, dos estados e dos municípios”.

A Emenda Constitucional nº 29 estabeleceu percentuais mínimos para estados e municípios no que diz respeito ao financiamento do Sistema Único de Saúde, promovendo, assim, uma descentralização do financiamento do referido sistema, objetivando amenizar os problemas relacionados ao financiamento da saúde, enfrentados naquela época.

Como o SUS possuía inicialmente um caráter municipalista, foram os municípios os primeiros entes da federação a dividirem com a União o custeio dos novos serviços públicos de saúde. Somente a partir de 2002, foi que os governos estaduais passaram a ter uma maior participação nesse custeio, tanto por força da EC nº 29/2000, quanto por base nas disposições contidas na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e na Norma Operacional Básica do SUS (NOB-96).

Deve-se registrar que com base nessa Emenda Constitucional, o Conselho Nacional de Saúde editou as Resoluções nºs. 316/2002 e 322/2003. Esta última “aumentou de 7% para até 12% e 15%, respectivamente, a vinculação da receita tributária de estados e municípios”, com vigência a partir de 2004, determinando que para a União os valores a serem aplicados seriam iguais “ao montante efetivamente empenhado em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior ao da apuração da nova base de cálculo” (DAIN 2007, p. 1853).

Com base na Resolução CNS nº 322, de 8 de maio de 2003, a base de cálculo estadual, passou a ser definida na forma apresentada no Quadro 3.

Quadro 3. Receitas que entram na base de cálculo estadual para custeio da saúde

Variáveis	Descrições
Total das receitas de impostos de natureza estadual (A)	<ul style="list-style-type: none"> • ICMS • IPVA • ITCMD
Receitas de transferências da União (B)	<ul style="list-style-type: none"> • Quota-Parte do FPE • Cota-Parte do IPI - Exportação • Transferências da Lei Complementar nº 87/96
Imposto de Renda Retido na Fonte (C)	<ul style="list-style-type: none"> • IRRF
Outras receitas correntes (D)	<ul style="list-style-type: none"> • Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos • Multas; • Juros de Mora; • Correção Monetária.

Fonte: Brasil (2011)

Com base no Quadro 3, a base de cálculo estadual para o custeio da saúde, representado, inicialmente, o somatório dos itens A + B + C + D. Do total encontrado deverá ser subtraído as transferências financeiras constitucionais e legais aos municípios, que, por sua vez, consiste em 25% (vinte e cinco por cento) do IPI-Exportação; 50% (cinquenta por cento) do IPVA e 25% (vinte e cinco por cento) do ICMS (que corresponde a E). Assim, o custeio da saúde por passou a corresponder a um valor igual a 12% de $\Sigma = A + B + C + D - E$.

Para os municípios, o cálculo base deverá ser feito observando-se o Quadro 4.

Quadro 4. Receitas que entram na base de cálculo municipal para custeio da saúde

Variáveis	Descrições
Total das receitas de impostos municipais (A)	<ul style="list-style-type: none"> • ICMS • ISS • IPTU • IBI
Receitas de transferências da União (B)	<ul style="list-style-type: none"> • Quota-Parte do FPM • Cota-Parte do ITR • Transferências da Lei Complementar nº 87/96
Imposto de Renda Retido na Fonte (C)	<ul style="list-style-type: none"> • IRRF
Receitas de transferências do Estado (D)	<ul style="list-style-type: none"> • Quota-Parte do ICMS • Quota-Parte do IPVA • Quota-Parte do ICMS
Outras receitas correntes (E)	<ul style="list-style-type: none"> • Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos • Multas; • Juros de Mora; • Correção Monetária.

Fonte: Brasil (2011)

Quando se estabelece um comparativo entre a base de cálculo estadual e a municipal, verifica-se que esta última possui um item a mais, que representa exatamente o que foi subtraído do somatório apurado para o Estado, sendo, portanto, definida, por $\Sigma = A + B + C + D + E$.

Levando-se em considerações as particularidades do Distrito Federal, sua base de cálculo para o custeio do sistema público de saúde é elaborada observando os dados/informações constantes no Quadro 5.

Quadro 5. Receitas que entram na base de cálculo distrito federal

Base de Cálculo Estadual	Base de Cálculo Municipal
ICMS (75%)	ICMS (25%)
IPVA (50%)	IPVA (50%)
ITCD	IPTU
Simples	ISS
Imposto de Renda Retido na Fonte	ITBI
Quota-parte FPE	Quota-parte FPM
Quota-parte IPI - exportação (75%)	Quota-parte IPI – exportação (25%)
Transferência LC 87/96 (75%)	Quota-parte ITR
Dívida Ativa Tributária de Impostos	Transferência LC 87/96 (25%)
Multas, juros de mora e correção monetária.	Dívida Ativa Tributária de Impostos
	Multas, juros de mora e correção monetária.

Fonte: Brasil (2011)

Os dados apresentados no Quadro 5 representa as receitas a cargo do Distrito Federal para a definição dos valores mínimos que serão aplicados nos custeios dos serviços e ações de saúde. Aplica-se, portanto, os percentuais de 12% (doze por cento) e 15% (quinze por cento), equiparação a estado e município, respectivamente.

Em relação ao custeio da saúde, após a entrada em vigor da Emenda Constitucional nº 29, foi aprovada a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, definindo que a União, em relação aos recursos mínimos a serem aplicados às ações e serviços de saúde, anualmente deverá aplicar “o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior [...] crescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual” (BRASIL, 2012, p. 3).

Com base no exposto, o acréscimo nos gastos com a saúde pública no Brasil, por parte da União, encontra-se atualmente condicionado à variação nominal do PIB. Entretanto,

mesmo que esta venha a ser negativa, não haverá redução. Manter-se-á o montante relativo ao exercício anterior, o que se traduz numa garantia da oferta dos serviços públicos de saúde.

Por sua vez, a mencionada Lei complementar fixou percentuais a serem observados pelos Estados e pelo Distrito Federal. Estes, aplicarão 12% (doze por cento) da arrecadação de seus impostos nos serviços e ações de saúde, enquanto que os municípios estarão obrigados a aplicarem, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadações de seus impostos e dos recursos constitucionalmente garantidos (BRASIL, 2012).

Entretanto, a Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015, foi um pouco mais além e estabeleceu um percentual mínimo de 15% (quinze por cento) para gasto com a saúde por parte da União, dando, assim como, uma nova redação ao inciso I, do § 2º, do art. 198 da Carta Magna vigente, acrescentando ainda que:

Art. 2º O disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal será cumprido progressivamente, garantidos, no mínimo:

I - 13,2% (treze inteiros e dois décimos por cento) da receita corrente líquida no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

II - 13,7% (treze inteiros e sete décimos por cento) da receita corrente líquida no segundo exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

III - 14,1% (quatorze inteiros e um décimo por cento) da receita corrente líquida no terceiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

IV - 14,5% (quatorze inteiros e cinco décimos por cento) da receita corrente líquida no quarto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

V - 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida no quinto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional (BRASIL, 2015a, p. 13).

Pelo demonstrado, o percentual de 15% (quinze por cento) a ser observado pela União será atingido de forma progressiva, a partir de 2016, devendo ser integralizado em 2020. Assim, para o exercício de 2015 foi ainda observado o disposto na Lei Complementar nº 141/2012. E, a partir de 2016, serão aplicadas as disposições contidas na EC 86/2015.

É importante destacar que tramitava no Congresso Nacional duas Propostas de Emendas à Constituição. Na concepção de Gomes (2014) foi aprovada a mais prejudicial à saúde pública, que trouxe o orçamento impositivo, limitando a participação da União nos gastos da saúde em 15% (quinze por cento) da RCL (Receita Corrente Líquida). E ainda, para ser atingido em 5 anos.

Destacou o próprio Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2015a, p. 13) que por força da EC nº 86/2015:

Os recursos pela exploração de petróleo e gás natural destinados para a área de saúde serão computados para fins do cumprimento mínimo obrigatório ao contrário do previsto anteriormente, pela Lei nº 12.858 de 9 de setembro de 2013, que considerava esses valores um acréscimo ao mínimo constitucional.

Quando se analisa a citação acima transcrita, verifica-se que a Emenda Constitucional nº 86/2015, produziu uma segunda baixa nos recursos que devem ser direcionados para o custeio da saúde pública no Brasil. Ela inviabilizou a aplicação das disposições contidas na Lei nº 12.858/2013, que antes haviam estabelecido uma destinação para os recursos provenientes da exploração do pré-sal, beneficiando de forma significativa setor da saúde pública.

Por outro lado, observando as disposições contidas na Lei Complementar nº 141/2012, os valores consignados para a saúde, em 2015, foram calculados a partir dos recursos apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Receitas da União previstas para 2015

Emendas Individuais - LOA 2015	R\$ 1,00
Receita Corrente Líquida Ano Anterior	641.578.197.330
1,2% RCL Emendas Individuais	7.698.938.368
50% das Emendas Individuais ASPS	3.936.565.307
Somatório	653.213.701.005

Fonte: Brasil (2015b)

Para o ano de 2015, os gastos previstos para saúde totalizam R\$ 96.492.520.000,00 (noventa e seis bilhões, quatrocentos e noventa e dois milhões, quinhentos e vinte mil reais), valor calculado levando em consideração as disposições contidas na Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2015a).

Entretanto, se as disposições introduzidas pela Emenda Constitucional nº 86/2015 já estivessem em vigor, o Ministério da Saúde sofreria uma significativa redução em seu orçamento, partindo do princípio de que uma nova base de cálculo passará a ser utilizada para se estabelecer o custeio da saúde.

É importante ressaltar que o art. 58, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, destacava que 30% (trinta por cento) de todo o orçamento da Seguridade Social seria aplicado à saúde.

Assim sendo, considerando que o orçamento da Seguridade Social para 2015 foi estabelecido em R\$ 693.000.000.000,00 (seiscentos e noventa e três bilhões de reais)¹,

¹ Orçamento de 2015 prevê R\$ 2,8 trilhões para orçamento fiscal e Seguridade Social. Disponível in:

aplicando-se sobre este o percentual de 30% (trinta por cento), ter-se-ia um valor de R\$ 207.900.000.000,00 (duzentos e sete bilhões e novecentos milhões de reais) a ser destinado à saúde, bem diferente, portanto, do montante apresentado acima, que foi de apenas noventa e seis bilhões de reais, calculado com base na Lei Complementar nº 141/2012.

Acolhidos esses números percebe-se que ao descentralizar o gerenciamento e o financiamento do Sistema Único de Saúde, a União reduziu de forma significativa a aplicação dos recursos federais nesse setor, fato que mostra que a EC nº 29/2000 não foi tão produtiva para a saúde pública como prega o governo federal.

Uma projeção promovida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CNSS) demonstra visivelmente essa redução orçamentária. É, portanto, o que apresenta a Tabela 2.

Tabela 2. Projeção para as receitas destinadas à saúde, considerando o fato de a EC nº 86/2015 já estivesse sendo aplicada

Projeção para 2015	R\$ milhões
Receita Corrente Líquida LOA 2015	794.133,90
Valor contingenciado por frustração de receita no Dec. nº 8.456/2015	69.945,61
Nova Previsão da RCL	724.188,28
13,2% RCL (a)	95.592,85
ASPS (b)	96.492,52
Diferença (c) = (a)-(b)	-899,66

Fonte: Brasil (2015a)

Quando se analisa a Tabela 2, verifica-se que se o início da vigência da EC nº 86 fosse a partir de 2015, o decréscimo registrado no orçamento do Ministério da Saúde, estaria em torno de R\$ 899.660.000,00 (oitocentos e noventa e nove milhões, seiscentos e sessenta milhões de reais), quando comparado com o que foi estabelecido, tomando por base a Lei Complementar nº 141/2012, aplicável para o orçamento de 2015.

O que se pode perceber diante de uma realidade como esta é que o Sistema de Saúde no Brasil está passando a ser subfinanciado, ao invés de receber o financiamento devido, capaz de atender às necessidades da população.

Enquanto que a demanda cresce, crescem também o número de fontes destinadas ao financiamento, mas este, de forma visível reduz-se, em termos percentuais, o que, sem sombra de dúvida, tem contribuído para aumentar os problemas relacionados à saúde pública no país,

aumentando a crise do setor como se fosse uma verdadeira bola de neve, que vem se ampliando a ano após ano, sem ser apresentada uma solução ou medidas atenuantes.

4.2 A INSUSTENTABILIDADE FINANCEIRA ESTATAL

Mesmo possuindo um grande aparato legal, o sistema de saúde pública no Brasil vive uma grande crise. As razões que ensejaram essa crise são várias e antigas, indo desde o aumento da população do país à universalidade do direito à saúde, passando pela falta de maiores investimentos, pelos desvios de verbas destinadas ao setor, pela falta de fiscalização e de políticas públicas, etc.

Dissertando sobre essa problemática, Zoboli; Pavone e Granja (2010, p. 185) afirmam que “a universalidade no acesso aos serviços, a igualdade no atendimento e a equidade na distribuição dos recursos [...] colocam em pauta a alocação de recursos na saúde e a preocupação com a equidade”.

Acolhido o entendimento acima apresentado, grande parte dos problemas enfrentados pelos serviços públicos de saúde no Brasil, estariam relacionados à universalidade no acesso a tais serviços, considerando que a população, a cada dia vem apresentando um crescimento em escala ascendente, enquanto que os recursos destinados ao custeio das ações com a saúde pública não apresentam um crescimento em níveis semelhantes, tornando-se um grande desafio para a gestão pública, seja no âmbito federal, estadual ou municipal, simplesmente, porque ao setor público, em cumprimento às disposições constitucionais cabe à missão de promover uma assistência, respeitando o princípio da equidade.

Complementando seu pensamento, Zoboli; Pavone e Granja (2010, p. 185) afirmam ainda que “os países com sistemas de saúde publicamente financiados enfrentam o problema de sua insustentabilidade financeira, decorrente do crescimento dos custos com saúde a ritmo superior ao da criação da riqueza”.

Nessa concepção, a insustentabilidade financeira presente nos sistemas públicos de saúde tem como principal fato gerador o aumento dos custos registrados nos serviços oportunistas, que, nos últimos anos, veem adquirindo um crescimento em proporções geométricas, superando a geração da riqueza registrada em seus estados promotores, fazendo com que estes passem enfrentar sérias dificuldades.

Desta forma, não é somente o Brasil, que enfrenta problemas o custeio dos serviços públicos de saúde. A insustentabilidade financeira é um problema comum aos países que transformaram a saúde num direito universal, a exemplo do Brasil, França e Espanha. Os custos dos serviços nessa área aumentam com grande frequência e muitas vezes, extrapolam as estimativas orçamentárias, causando, assim um verdadeiro caos nos serviços públicos de saúde. Esta realidade demonstra a necessidade de um planejamento constante.

Pelo exposto, a garantia da saúde como um direito universal e igualitário possui um custo bastante alto para o governo. Tendo em vista a dificuldade da alocação dos recursos destinados à saúde, o Estado consegue aumentar ainda mais o problema quando passa a financiar atividades que não se configuram como sendo sua finalidade básica, tornando-se, assim, objeto de muitas críticas por parte da sociedade quanto por parte dos profissionais da saúde, a quem é confiada a missão de prestar a assistência à população.

No caso específico do Brasil, o Estado tem conseguido aumentar a sua competência e esquecendo-se de cumprir a sua finalidade, principalmente, em garantir saúde à população.

Segundo Wang (2008), uma demonstração visível da falta de compromisso com a saúde por parte do Estado brasileiro, pode ser visto em 2003, quando o Congresso Nacional aprovou o Projeto, que deu origem à Lei nº 10.707/2007, fixando as diretrizes a serem observadas quando da elaboração da LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias), para o exercício de 2004. Contudo, o Presidente vetou as disposições contidas no § 2º do art. 55 da mencionada Lei.

Ao promover o referido veto, a intenção do Planalto era, segundo Maia (2008, p. 376), fazer “com que os gastos do Governo Federal com o Programa Fome Zero fossem contabilizados como uma verba pública para a saúde”.

Objetivando inviabilizar essa intenção, o Partido da Democracia Social (PSBD) ingressou uma Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF), junto ao Supremo Tribunal Federal, argumentando que “o Programa Fome Zero seria uma ação de assistência social, e que a sua inclusão no percentual orçamentário destinado à saúde se consistiria em um artifício para o Executivo descumprir a aplicação da parcela mínima a ser aplicada na saúde” (MAIA, 2008, p. 376).

Deve-se lembrar que a Lei que criou o Programa Fome Zero teve a preocupação de apresentá-lo como um programa social, vinculado à Assistência Social, que, por sua vez, difere da saúde.

A pretensão do governo central trazia uma significativa redução dos recursos destinados especificamente à saúde, contrariando, assim, as disposições constitucionais.

Entretanto, antes de uma apreciação por parte do STF quanto à ADPF ajuizada pelo PSDB [que tomou o nº 45], o governo federal enviou um novo projeto de lei ao Congresso, constando o dispositivo anteriormente vetado na Lei nº 10.707/2003. Aprovada no Congresso, a pretensão do governo central foi transformada na Lei nº 10.777/2003, ab-rogando a questionada Lei 10.707/2003.

Embora a Lei nº 10.777/2003 tenha causado prejuízos à ADPF 45, retirando-lhe seu objeto, esta foi acatada pelo STF. Naquela oportunidade, a Suprema Corte entendeu que era o momento certo para se posicionar sobre o custeio da saúde pública no Brasil, observando os limites de financiamento estabelecidos pelo texto constitucional em vigor. O julgamento da referida Ação ocorreu no dia 29 de abril de 2004.

Ressalta Wang (2008) que significativa foi a contribuição proporcionada pela apreciação da ADPF 45, firmando o entendimento que Estado, sob hipótese alguma, não pode ignorar as disposições constitucionais. O Ministro Relator determinou o arquivamento da Ação, considerando que ela perdeu seu objeto. Mas, conseguiu ainda demonstrar a necessidade de se observar a ‘reserva do possível’, no que diz respeito à aplicação dos recursos destinados ao custeio da saúde pública, inovando em termo de matéria jurisprudencial.

Retornando à abordagem sobre a falta de recursos para a saúde, destacam Silva e Serralvo (2009), que diante desse problema os profissionais da área passam a vivenciar na pele o drama do cidadão/paciente, que procura as unidades de saúde e não conseguem atendimento por falta de equipamentos, de medicamentos, de profissionais, devido, principalmente, à grande demanda.

Abordando o problema das dificuldades enfrentadas pelo SUS no cumprimento de suas funções quanto à qualidade dos serviços prestados, bem como em relação à equidade, Zoboli; Pavone e Granja (2010, p. 186) chamam a atenção para o fato de que “não existe um entendimento único de equidade entre gestores, profissionais e usuários do SUS”.

Se ao gestor público e ao profissional de saúde falta o um entendimento sobre o que venha a ser equidade, isto se configura como sendo algo inadmissível. Pois, estes, mais do que ninguém não podem desconhecer os princípios que dão sustentação às ações desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde.

É importante destacar que os investimentos destinados à ampliação, reformas e construção de novos hospitais no país, passaram a ser reduzido a partir do final da década de 1990 e hoje, praticamente não existem dotações orçamentárias para tal destinação (MENDES, 2015).

Esse fato tem contribuído para fazer com que a maioria dos hospitais do Brasil se encontre sucateada, sem condições de funcionamento, com equipamentos quebrados e sendo visto como verdadeiros espaços insalubres. Deve-se também ressaltar que muitos estabelecimentos hospitalares que tiveram suas construções iniciadas, encontram-se inacabados ou ainda não estruturados para entrarem em funcionamento. E isto aumenta ainda mais a crise da saúde, fazendo que o referido setor seja visto pela população como sendo desprovido de credibilidade.

Outro fato importante apontado por Mendes (2015) diz respeito à má distribuição dos profissionais que atuam no serviço público de saúde.

Enquanto que algumas unidades sofrem com a falta destes profissionais, outras possuem pessoal em excesso, o que contribui para que muitos recebam sem trabalharem, deixando também transparecer para a sociedade que a crise da saúde somente não é provocada por falta de investimentos direcionados, mas também por falta de uma gestão eficiente e responsável.

Zoboli; Pavone e Granja (2010) mostram ainda que a falta de uma política de informação promovida pelos órgãos de saúde pública, voltada para conscientizar o cidadão quanto aos seus direitos também é algo bastante visível no país. E isto também tem contribuído para que muitos cidadãos deixem de reivindicar seus direitos.

Diante de um fato como este, verifica-se que o Estado deixa de informar para não ser cobrado. Grande parte da população brasileira ainda ignora seus próprios direitos, fato que demonstra que o processo educativo desenvolvido no país não cumpre a sua finalidade de forma completa.

Praticamente não existem campanhas educativas voltadas para conscientizar o cidadão, quanto aos seus direitos em relação à saúde. O que de fato existem, são ‘campanhas promocionais’, como se o Estado estivesse anunciando a venda de um novo produto.

Na concepção Demo (2005), o processo educativo que é promovido no Brasil, trata de contemplar os interesses das classes dominantes e não de instruir o cidadão para o exercício da cidadania plena.

Desta forma, torna-se mais fácil compreender quando Zoboli; Pavone e Granja (2010, p. 186) afirmam que “as dificuldades para efetivar equidade na saúde têm a ver com a fragilidade de nossa democracia e da estrutura básica de nossa sociedade”.

Sabe-se que a educação liberta, torna o indivíduo mais crítico, capaz de compreender o mundo a sua volta e sobre ele opinar de forma consciente e responsável. Na prática, quanto

mais educação e informação, mais se tem um cidadão informado. A informação se reveste num grande instrumento que pode ser utilizado na defesa de direitos.

Ademais, se por um lado, em cumprimento às disposições legais, o Estado não coloca em prática campanhas educativas através dos órgãos integrantes do SUS, objetivando esclarecer a população, a mídia nacional deixa de cumprir a sua função social, visto que também dificilmente contribui no processo de formação do indivíduo para o exercício de sua cidadania.

Logo, deve-se também reconhecer que jamais se terá equidade na prestação dos serviços públicos de saúde enquanto a autonomia, a igualdade, a liberdade e a solidariedade não se tornarem valores incorporados à forma de vida da sociedade. Somente um processo de vivência social fundado na ética, informando as pessoas, orientando-as a reivindicar seus direitos, fará com que a saúde se efetive como um direito universal no Brasil. Se isto for conseguido um dia, grande parte dos males do país deixará de existir.

Por outro lado, várias são as propostas apresentadas para a superação da crise registrada na saúde pública. Nesse sentido, defende Mendes (2015) que é necessário não somente disponibilizar recursos para o referido setor. É preciso também fornecer insumos que ofereçam garantia para a efetividade dos serviços de saúde. E, que para se enfrentar o quadro de instabilidade e de subfinanciamento vivenciado pelo sistema de saúde, deve-se priorizar mais as respostas/medidas técnicas do que iniciativas políticas.

Quando se fala em medidas técnicas está se fazendo uma referência direta às condições de vida da população, ao seu aumento e também ao envelhecimento registrado pela população nos últimos anos. A partir desses parâmetros seriam definidos os gastos com a saúde, evitando que determinado setor receba mais do que o devido, inviabilizando a prestação de serviços por parte de outro setor.

Acrescenta Campos (2012, p. 223), que grande parte dos problemas relacionados à saúde pública, no Brasil, pode ser solucionada através da adoção de um processo de gestão eficiente, associado a uma “completa revisão do papel do Estado, bem como dos mecanismos de articulação social”, de forma de “possibilite uma efetiva integração da comunidade com a gestão pública”.

Pelo demonstrado, persiste o discurso de que a sociedade deve ser participativa e articulada. Os mecanismos de participação da sociedade no âmbito da saúde pública são os conselhos municipais, estaduais e nacional, cuja funcionabilidade sempre foi objeto de questionamentos.

Em meio à crise vivenciada pelo SUS na atualidade, não se pode desconhecer que tem havido muitas mudanças nas políticas públicas de saúde, que têm ensejado resultados importantes, a exemplo da “redução da taxa de mortalidade infantil e do controle de doenças infecciosas”, bem como “da implementação de programas considerados exitosos, tais como o DST/AIDS [...] e a Estratégia Saúde da Família” (OLIVEIRA e CRUZ, 2015, p. 256).

Assim, embora até agora não tenha conseguido atingir seus objetivos de forma plena, o SUS contabiliza importantes conquistas e uma dela é a redução da mortalidade infantil, que fazia com que o Brasil fosse destaque entre os países em desenvolvimento, constituindo-se num dos obstáculos à aquisição de financiamentos internacionais. O programa DST/AIDS possui hoje reconhecimento internacional, servindo de modelo para o desenvolvimento de estratégias de prevenção por parte de diversos países.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O custeio das ações e dos serviços de saúde é atualmente promovido pelas três esferas da administração pública. E, que entre as fontes de receitas estabelecidas para os Estados e Municípios verifica-se a existência de vários tributos, definidos pelo âmbito da competência de cada um desses entes.

Atualmente, um grupo específico de tributos é utilizado para financiar as ações do Sistema Único de Saúde. Nesse grupo, é possível encontrar os seguintes: COFINS; ICMS; Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF); IPI; IPTU; IPVA e ISS. Tais tributos são responsáveis por 70% (setenta por cento) de todo o financiamento público das ações do SUS.

A cargo da União, as fontes que custeiam a saúde são aquelas contidas no orçamento da Seguridade Social. Desta forma, verifica-se que no processo de financiamento também entra uma elevada parcela gerada a partir dos concursos de prognósticos. E, de uma série de receitas próprias da União, que são alocadas para o custeio da saúde pública, complementando, assim os outros 30% (trinta por cento) de seu orçamento.

Através da presente pesquisa pode-se constatar que atualmente os serviços públicos de saúde vivenciam a maior e a mais dramática de todas as crises já enfrentadas. E, que esta crise possui raízes históricas.

Além do sucateamento das unidades hospitalares existentes, da falta de profissionais qualificados e de medicamentos, o setor vem enfrentando constantes cortes em seu orçamento, mesmo diante da demanda crescente. Percebeu-se que o problema começou a se agravar ainda no início da década de 1990, pouco tempo depois da estruturação do Sistema Único de Saúde, quando o Estado brasileiro deixou de cumprir as disposições contidas no art. 58, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, que determinava o repasse de 30% do orçamento da seguridade social para a saúde.

A elevação dos gastos com a Previdência Social, registrada a partir de abril de 1991, fez com que o governo federal deixasse de cumprir essa determinação constitucional. Com isso, a saúde pública passou a ser financiada sem a observância de um parâmetro definido, inviabilizando para muitos o acesso aos serviços ofertados pelo SUS.

Objetivando amenizar os problemas relacionados ao custeio da saúde pública foi instituído em 1994 o Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF), posteriormente transformado em Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), e que vigorou até 2007. Mais uma vez, o governo conseguiu modificar as fontes de

custeio da saúde. Em 1999, 25% da CPMF passou a ser destinados à Previdência Social e, em 2001, 19% do total arrecadado por este tributo passou a custear as ações de erradicação da pobreza.

Na prática, o que foi apresentado como sendo solução para parte dos problemas da saúde, teve, posteriormente, seu fim alterado. Se 1994 o problema com a saúde pública já era grave e necessitou da criação de um novo tributo para assegurar seu financiamento, a redução desse repasse em 44% a partir de 2001 contribuiu para agravar a crise existente.

Por ter virtualmente alterado a finalidade da CPMF, o governo federal não conseguiu fazer com que o Congresso Nacional aprovasse a prorrogação da referida contribuição. Desnecessário é dizer que sem tais recursos, a crise da saúde pública se agravou mais ainda.

Para colocar em prática o SUS, o governo central promoveu uma desvinculação tributária e com isso passou a compartilhar o financiamento da saúde pública com os estados e municípios. No entanto, seu papel nesse financiamento não ficou claro. Enquanto que para os estados e municípios foram definidas alíquotas de custeio, à União, reservou-se o direito de transferir para o orçamento da saúde valor não inferior ao consignado no ano anterior. Isto com respaldo na Emenda Constitucional nº 29/2000.

A significativa alteração na participação da União no orçamento da saúde foi proporcionada pela Lei Complementar nº 141/2012, que determinou o acréscimo mínimo do percentual registrado na variação do Produto Interno Bruto (PIB), relativo ao exercício anterior, sobre o que já vinha sendo consignado para setor, também no ano anterior. Essa regra foi aplicada para os orçamentos da saúde em 2014 e 2015, cabendo aos estados e municípios, a participação de 12% e 15%, respectivamente.

Por força da Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março do corrente ano, a participação da União no financiamento da saúde pública passará a ser de 15% sobre a Receita Corrente Líquida, seguindo um escalonamento a partir de 2016, cujo percentual deverá ser integralizado em 2020.

A priori, pode-se até pensar que mais recursos serão destinados à saúde de forma imediata. No entanto, se estivesse entrado em vigor em 2015, tal regra teria produzido uma redução significativa no orçamento da saúde, que poderá ser sentido na prática neste ano de 2016, diante do fraco desempenho que será apresentado pela Receita Corrente Líquida, no corrente exercício, em decorrência da crise econômica e política, pelas quais passa o Estado brasileiro na atualidade.

Desta forma, todos os mecanismos até agora apresentados pelo governo federal para resolver os problemas com o financiamento da saúde pública no Brasil, não trouxeram ganhos

reais, diante da demanda sempre crescente. Pode-se perceber que até agora a preocupação da União [pelo menos em tese] foi manter o mínimo no que diz respeito à aplicação dos recursos destinados ao custeio da saúde pública.

Entretanto, grande parte dos analistas já defende a adoção de critérios técnicos [ao invés de políticos] quando da elaboração do orçamento da saúde, com o objetivo de reduzir os problemas hoje enfrentados pelo setor, considerando, principalmente, variáveis como o aumento populacional, a qualidade de vida das pessoas, e o fato de que a população brasileira está vivendo mais, envelhecendo mais do que antigamente, fato que determina a necessidade de um maior acesso aos serviços públicos de saúde.

Independentemente dos critérios que por ventura possam ser observados na elaboração do orçamento da saúde, o que se espera é que o Estado brasileiro cumpra a Constituição e garanta a todos e com equidade uma saúde pública com qualidade.

Por tudo o que foi demonstrado, pode-se perceber que o presente trabalho não somente atingiu os objetivos pré-estabelecidos como também conseguiu encontrar uma resposta à problemática levantada. Na prática, o Estado Brasileiro não vem tendo a preocupação de alocar os recursos necessários ao funcionamento do Sistema Único de Saúde, impossibilitando que este cumpra os seus princípios norteadores, num completo desrespeito às disposições constitucionais.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

BEHRING, E. R. Contrarreforma do Estado, Seguridade Social e o lugar da filantropia. In: **Serviço Social e Sociedade**, 73. São Paulo: Cortez, 2003.

BONAVIDES, Paulo. **Teoria do estado**. 6. ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

_____. **Ciência política**. 15. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão financeira do sistema único de saúde: Manual básico**. 3 ed. revista e ampliada. Brasília, 2008.

BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 4 ed. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa de Minas Gerais, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem: instrumentalizando a ação profissional**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Financiamento da saúde**. 2 ed. Brasília: CONASS, 2015a. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v. 2).

_____. Presidência da República. **Orçamento de 2015 prevê R\$ 2,8 trilhões para orçamento fiscal e seguridade social** (2015b). Disponível in: <http://planalto.gov.br/orcamento-de-2015-preve-r-28-trilhoes-para-orcamento-fiscal-e-seguridade-social/>. Acesso: 27 dez 2015.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: UERJ/DEPEXT/NAPE. **A política de saúde no Brasil: trajetória histórica: Capacitação para conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2010.

_____; PEREIRA, Potyara Amozaneida. A organização do sistema único de saúde. In: BRAVO, Maria Inês Souza; BRAVO, Maria Inês Souza. **Política social e democracia**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva no Brasil. **Ciênc. saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2012.

CARVALHO, G. F. de. **A assistência social no Brasil: da caridade ao direito**. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2008.

COELHO, Ricardo Corrêa. **Estado, governo e mercado**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES/UAB, 2009.

COUTO, B. R. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

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

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do estado**. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

DEMO, Pedro. **Cidadania tutelada e cidade assistida**. 5 ed. Campinas-SP: Autores Associados, 2005.

ELIAS, Paulo Eduardo. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo Perspec.**, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.

FIORIN, D. B. **Benefício previdenciário de auxílio - doença no regime geral de previdência social**. Ijuí-RS: UNIJUÍ, 2010.

GOMES, Fábio de Barros Correia. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. **Saúde Debate**, v. 38, n. 100, p. 6-17, jan-mar., 2014.

MAIA, Paulo Sávio Peixoto. O Supremo Tribunal Federal como “tribunal político”: Observações acerca de um lugar comum do direito constitucional. **Revista de Informação Legislativa**, v. 45, n. 180, p. 375-390, out.-dez., 2008.

MENDES, Áquilas. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? **Saúde Soc.**, v. 24, n. 1, p. 81-81, apr-jun., 2015.

OLIVEIRA, Cátia Martins de; CRUZ, Marly Marques. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 255-267, jan-mar., 2015.

PINHEIRO, Maria do Carmo Gomes; ROMERO, Luiz Carlos. Saúde como matéria de direito constitucional no Brasil. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.**, Brasília, v.1, n. 2, p. 47-71, jul./dez. 2012.

RIBEIRO, Julio Cesar Garcia. O estado e a seguridade social. **Ciência e Conhecimento: Revista da ULBRA**, São Jerônimo, v. 2, n. 3, p. 1-10, 2007.

SANTOS JÚNIOR, Althair Ferreira dos. Intervenção estatal sobre o domínio econômico: fiscalização, incentivo e planejamento. **Revista de Direito Público**, v. 3, n. 3, p. 244-264, set./dez., 2008.

SILVA, Antonio Carlos Pacheco e. **Direito à saúde**. São Paulo: Atlas, 2012.

SILVA, Rogério Nazário da; SERRALVO, Flávia Silveira. Gestão em saúde e saúde pública. **Interação - Revista Científica da Faculdade das Américas**, v. 3, n. 2, p. 1-20, 2009.

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

WANG, Daniel Wei Liang. Escassez de recursos, custos dos direitos e reserva do possível na jurisprudência do STF. **Revista Direito GV**, v. 4, n. 2, p. 539-568, jul-dez., 2008.

WEICHERT, M. A. **Saúde e federação na constituição brasileira**, Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2004.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; GRANJA, Gabriela Ferreira. Equidade no SUS: em construção uma concepção política de justiça em saúde. **Revista Bioethikos**, Centro Universitário São Camilo, v. 4, n. 2, p. 180-188, 2010.