

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUAS DIRETRIZES A regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29

Ana Carolina Pinto Caram Guimarães.¹

Área do Direito: Direito Constitucional

Resumo: Com o intuito de esclarecer o leitor sobre alguns aspectos do Sistema Único de Saúde- SUS, destaca-se os dispositivos contidos nas Leis n.º. 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a Emenda Constitucional n.º. 29, de 13 de setembro de 2000, e a Lei Complementar n.º 141 de 2012, que finalmente veio para regulamentar a EC n.º 29, fazendo-se por fim, um sucinto comentário às mudanças e aspectos gerais sobre o assunto.

Palavras-chave: Saúde Pública; Constituição; Sistema Único de Saúde, Emenda Constitucional n.º 29, Lei Complementar 141/2012.

SUMÁRIO: 1. DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL . 2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE . 2.1. A lei orgânica da saúde. 3. O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. 3 .1 A Emenda Constitucional n.º 29 e sua regulamentação pela Lei Complementar n.º 141 de 2012.. 3.1.2 A definição dos valores mínimos a serem aplicados na saúde pública. 4. REFERÊNCIAS.

¹ Advogada, especialista em Direito Municipal. Sócia- fundadora do escritório de advocacia Pettersen,Guimarães & associados. Membro de Comissões da OAB/MG. Presidente do Instituto Mineiro de Políticas Sociais e de Defesa do Consumidor.

I DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Com a promulgação da atual Constituição Federal, a promoção à saúde pública passou, desde então, a ser um direito fundamental de todos os cidadãos brasileiros, tendo de ser fornecida obrigatoriamente pelo Estado como dispõe o artigo 196 da Constituição Federal:

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

Com essa inovação Constitucional, houve-se a necessidade de que fossem lançadas as diretrizes para a efetivação da promoção da saúde pelos entes federados. Nesta senda, a efetiva operacionalização somente ocorreu a partir da edição da Lei nº. 8.080/90, conhecida como a Lei Orgânica de Saúde e pela Lei n.º. 8.142/90, que a regulamentou.

A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, determina a transferência dos recursos para a saúde entre as esferas do governo e as formas de participação da população na gestão do SUS, quais sejam, por meio de conferências de saúde, que reúne representante dos usuários, do governo, dos profissionais da saúde, dos prestadores de serviço e parlamentares para avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da Política de saúde nos municípios, Estados e União.

O legislador constituinte ao elaborar o sistema de promoção à saúde no Brasil instituiu na Constituição Federal o Sistema Único de Saúde² como forma de melhor atender as necessidades e proporcionar o acesso saúde a todos os cidadãos. Teve este, a nítida intenção de consolidar o direito fundamental a saúde e recuperar o compromisso do Estado em proporcionar o bem-estar, visto que tentou findar com o quadro de desigualdade na

² O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros.

assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público gratuito e universal.

O artigo 198 da Carta Maior estabelece que:

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

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

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

III participação da comunidade.

Nos termos da Constituição Federal, este sistema está organizado descentralizadamente, estabelecendo o legislador ordinário um conjunto de atribuições a serem exercidas em cada nível de gestão, com a intenção de que, desta maneira, fossem garantidas políticas públicas mais democráticas, o que poderia significar o uso mais eficiente dos recursos de saúde.

II O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

II.1 A lei orgânica da saúde

O SUS é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública, sendo mais uma vez disposto no artigo 2º da lei 8.080/90, que a saúde é um direito de todos e dever do Estado.

Este artigo corrobora e ratifica a ideia que o SUS é erigido pelo princípio basilar da universalização, expresso na saúde como direito de todos os brasileiros, a ser promovida como dever do Estado.

Nessa lei, estão estabelecidos todos os princípios que regem este Sistema Único de Saúde, estipulando quais as regras que devem ser observadas e seguidas para a promoção da saúde pelo Poder Público ou

privado, na forma de complementação, ou quando estiverem trabalhando em conjunto.

Ainda neste sentido, merece destaque o dispositivo contido no art. 7º do referido diploma:

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo [...]

Observa-se que nos termos da lei que rege o SUS, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades vinculadas, sejam elas públicas ou privadas, que são conveniadas ao Sistema, garantindo assistência integral e gratuita, ainda que demandem alto custo.

A Lei Orgânica da Saúde, no seu artigo 7º, IX, estabeleceu a descentralização da saúde pública no Brasil, sendo que a própria Constituição da República determina a competência de cada ente público no tocante a tal matéria. Com isso, à União e aos Estados coube a incumbência de cooperarem técnica e financeiramente e, aos Municípios, coube a execução dos serviços. Fica desde já salientado que o Estado (*lato sensu*) tem o dever constitucional de prestar serviços de saúde adequados ao cidadão.

Ao longo da história houve muitos avanços e também desafios a superar no Sistema Único de Saúde, dentre eles os desafios financeiros, da universalização, do modelo de atenção à saúde, da gestão do trabalho no SUS

e da participação social. É grande a dificuldade de impor-se normas gerais em um país tão grande e desigual.

O Brasil é um país continental, com uma área geográfica de aproximadamente 8,5 milhões de quilômetros quadrados e uma população de aproximadamente 190 milhões de habitantes³. Além de extenso, é um país complexo e muito desigual, onde se manifestam nítidas diferenças econômicas, sociais, culturais, demográficas e sanitárias entre suas diferentes regiões. E, dentro delas, distintos grupos sociais. Isso, por si só, já coloca a imprescindibilidade da descentralização como viabilizadoras das políticas públicas e da universalização da saúde. Em decorrência destes fatores, vislumbra-se ainda mais as dificuldades em se construir a universalização da saúde em todo o território nacional.

De acordo com uma pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil⁴, 28,6% dos brasileiros são usuários exclusivos do SUS, 61,5% são usuários não exclusivos, e apenas 8,7% não são usuários deste sistema.

No entanto, salienta-se, que 100% dos cidadãos brasileiros são usuários do SUS de uma forma direta ou indireta, visto que este sistema abrange todas as ações de saúde existente, da assistência básica às ações de vigilância em saúde. Ou seja, de forma indireta o sistema acaba por atingir à todos, sem distinção.

Devido à grande demanda de usuários deste sistema de saúde, o SUS vem se consolidando como parte de um sistema segmentado, que incorpora dois subsistemas relevantes, o Sistema de Saúde Suplementar e o Sistema de Desembolso Direto.

Com essa segmentação, ficam instituídos sistemas especiais para as pessoas que tem condições financeiras de arcarem com gastos de saúde, permitindo que sobrem mais recursos para atendimento aos menos privilegiados economicamente.

Constitui-se um limite real a insuficiência de recursos públicos investidos em saúde no Brasil.

³ <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>

⁴ CONASS. Sistema Único de Saúde. Para Entender a Gestão do SUS. **Coleção Progestores**. 1ª ed. Brasília: editora. 2007.

III O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

III.1 A Emenda Constitucional nº 29 e sua regulamentação pela Lei Complementar n.º 141 de 2012.

A Constituição Federal, em seu artigo 195, definiu que o financiamento do SUS é realizado pelo orçamento da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes. Assim, a responsabilidade financeira ficou compartilhada pelos três níveis de gestão.

O financiamento do Sistema Único de Saúde é um tema extremamente relevante, pois é através dessas verbas que se pode proporcionar à população a garantia do seu direito fundamental à saúde, bem como garantir a universalidade e gratuidade deste sistema.

Em setembro de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional 29, que visando assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, vinculou as receitas das três esferas governamentais para o SUS, definindo porcentagens mínimas de recursos que a União, Estados e municípios deveriam investir nesta área, alterando os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da CF.

Com as alterações realizadas pela Emenda constitucional nº. 29, a saúde passou a integrar as ações de política pública pela qual deverá ser investido um percentual mínimo de recursos financeiros nos entes federados. Caso contrário, a não aplicação desses recursos para manutenção das ações e serviços públicos de saúde possibilitaria a intervenção da União nos estados-membros, Distrito Federal e municípios, e dos estados em seus municípios.

Determina ainda, em seu artigo 5º, que como regra permanente, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, apliquem, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, recursos mínimos, que no caso dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, os percentuais serão calculados sobre a arrecadação de impostos e as transferências constitucionais.

No caso da União, o limite mínimo de gasto foi estabelecido como o valor empenhado em 1999, acrescido de 5% e, nos anos

subsequentes, a variação nominal do Produto interno Bruto, na forma como foi definido em lei complementar.

Observa-se ainda, que nos estados e no Distrito Federal, o mínimo de repasse para a saúde é de 12% das receitas próprias, sendo que a vinculação incide sobre o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 155 e dos recursos de que tratam os artigos 157 e 159, incisos I e II, da CF, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios.

Por fim, nos municípios, incide sobre o produto da arrecadação de impostos a que se refere o artigo 156 e dos recursos que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, "b" e parágrafo 3º do mesmo diploma, incidindo no mínimo 15 % das receitas próprias.

Vários foram os efeitos positivos após a referida Emenda. Houve um aumento real nos investimentos realizados pelos entes públicos na área da saúde, no entanto, esta falhou ao não definir, para efeito do seu cumprimento, o que são ações e serviços públicos em saúde.

Essa não definição dificultava e ainda dificulta distinguir quais gastos podem ser considerados como ações e serviços públicos de saúde, e qual seria a base de cálculo a ser utilizada para a precisão mínima de recursos.

Destarte, há clara margem de discricionariedade reservada ao administrador público no tocante à eleição de procedimentos a serem adotados no atendimento ao público, de requisitos técnicos específicos para cada tipo de serviço e em relação à escolha dos medicamentos a serem disponibilizados para a população, organizando-se "de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos" - Lei n.º. 8.080/90, art. 7º, inc. XIII -, por exemplo.

III.1.2 A DEFINIÇÃO DOS VALORES MÍNIMOS A SEREM APLICAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA .

Para tentar amenizar os imbróglios que a Emenda Constitucional n.º29 não conseguiu sanar, foi finalmente sancionada a Lei Complementar nº 141 de 2012.

Essa lei possui o condão de "regulamentar o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e

serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n^{os} 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993.”⁵

O texto dessa lei complementar visa definir o que deve ser considerado gasto em saúde e fixa os percentuais mínimos de investimento na área pela União, Estados e Município.

Nos termos dessa lei, a União continuará destinando à saúde praticamente os mesmos recursos que já era aplicada. Enquanto estados e municípios continuam obrigados a aplicar 12% e 15%, respectivamente, a União aplicará o valor destinado no ano anterior acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) dos dois anos anteriores ao que se referir a lei orçamentária.⁶

A nova lei define que os recursos aplicados no setor sejam destinados às “ações e serviços públicos de acesso universal, igualitário e gratuito”. São considerados gastos em saúde a compra e distribuição de medicamentos, gestão do sistema público de saúde, desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovido por instituições do Sistema Único de Saúde (SUS), entre outros. Gastos em ações de saneamento básico, compra de merenda escolar, ações de assistência social, pagamento de aposentadorias e pensões, por exemplo, não podem ser considerados investimentos em saúde.

Os recursos empregados nas ações sociais de política pública advêm das arrecadações dos impostos pagos pelos contribuintes, ou seja, a arrecadação das receitas está diretamente ligada à economia dos cidadãos. Porém, em um País que a maioria da sua população percebe um salário mínimo, entende-se que apesar de a carga tributária do Brasil ser atualmente a mais alta da América Latina e próxima a de países europeus com sistemas de proteção social bem mais abrangentes, os recursos ainda são escassos.

⁵ Ementa da Lei Complementar nº 141 de 2012.

⁶ <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4001/162/presidenta-dilma-sanciona-lei-que-define-gastos-da-saude.html>

Ademais, esse mecanismo de arrecadação parece ter se esgotado, não há mais o que se tributar.

A União⁷ concentra a arrecadação de tributos e repassa posteriormente para os estados e estes para os municípios, de forma a possibilitar o cumprimento dos seus deveres sociais.

A Emenda Constitucional nº. 29 e agora a Lei Complementar nº 141/2012, provocaram alterações relevantes em relação aos gastos das três esferas de governo com a saúde. Teve a intenção de que a participação dos estados e municípios no financiamento da saúde crescesse e que em contrapartida a participação da União caísse.

O gasto social Federal representa o somatório dos dispêndios da União com Previdência Social, Assistência Social, Educação, Cultura, Trabalho, Saúde, Habitação, Alimentação, Urbanismo, Saneamento, Empregos e Defesa do Trabalho, Desenvolvimento Agrário e Benefícios aos Servidores Públicos.

O bom funcionamento do sistema de saúde depende de uma alocação equilibrada dos recursos em seus diversos setores, buscando-se evitar a insuficiência dos recursos financeiros para dar suporte a um sistema público universal de qualidade.

O desafio do financiamento do Sistema Único da Saúde, que é tão questionado, deve ser analisado por dois aspectos: a qualidade e quantidade dos gastos (visto que os recursos são escassos e mal empregados).

Ressalta-se que com a evolução da medicina, da ciência e até mesmo da qualidade de vida dos cidadãos, os gastos em saúde tendem a crescer cada vez mais, principalmente em razão da transição demográfica, visto que as populações envelhecem e aumentam cada vez mais a longevidade. Assim, pode-se considerar que os gastos em saúde vão aumentar, pois são mais intensos nos mais idosos.

⁷ Impostos diretamente arrecadados pelos municípios: IPTU, ISSQN, ITBI e dívida ativa. Tributária. Impostos transferidos pela União: FPR (IR+ IPI); IR; ITR.

Impostos transferidos pelos Estados: ICMS;IPVA; IPI/Exportação.

Um trabalho eficiente deverá ser realizado, principalmente pelas prefeituras, para levar assistências à saúde aos mais distantes sertões, aos mais pobres recantos das periferias urbanas. Por outro lado, público e notório que a saúde pública necessita de maiores investimentos orçamentários. Outro problema é a heterogeneidade de gastos, prejudicando os Estados e os municípios, que têm orçamentos mais generosos, pela migração de doentes de locais onde os orçamentos são mais restritos.

Portanto, para que os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde não se tornem cada vez mais ineficientes, devem os gestores utilizá-los de forma consciente e prudente.

A Constituição Federal atribuiu à Lei de Diretrizes Orçamentárias o papel de definir a cada ano o montante a ser gasto em saúde. A Lei 8.080 não pôde, para não ser inconstitucional, estabelecer um percentual mínimo a ser gasto com ações e serviços de saúde. Assim, estabelece no art. 31 que “o orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades [...] tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.” A questão é saber e definir quanto que é exatamente o necessário!

Questão de suma importância refere-se à gestão financeiro-orçamentária. Como sabido, as despesas públicas sofrem um rígido controle desde a sua gênese com a elaboração dos instrumentos de planejamento, PPA – Plano Plurianual de Ação Governamental (art. 165, §1º da CF); LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias (art. 165, §2º da CF) e LOA – Lei Orçamentária Anual (art. 165, §5º da CF).

Após o regramento de planificação/planejamento consubstanciado nos três instrumentos retro citados, o processamento da despesa ainda tem que obedecer regimento a Lei 4.320/64, que estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

Sendo assim, uma das principais características do orçamento público e da própria execução do orçamento, é que o mesmo não poderá

consignar dotação orçamentária ilimitada, restando evidenciado que o mesmo é finito.

Reverberando a assertiva supra citada, vale citar o art. 5º, §4º da Lei Complementar 101/00, também denominada de Lei de Responsabilidade Fiscal:

Da Lei Orçamentária Anual

Art. 5º O projeto de lei orçamentária anual, elaborado de forma compatível com o plano plurianual, com a lei de diretrizes orçamentárias e com as normas desta Lei Complementar:

Omissis

§ 4º É vedado consignar na lei orçamentária crédito com finalidade imprecisa ou com dotação ilimitada.

Depreende-se, pois, que apesar das obrigações dos entes públicos serem “infinitas”, as suas disponibilidades orçamentárias e, principalmente, financeiras são bem limitadas.

IV REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS E TÉCNICAS (ABNT). Referências bibliográficas: NBR6023. São Paulo: ABNT, 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). Citações e normas: NBR 10520. São Paulo: ABNT, 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). Trabalho acadêmico: NBR 14724. São Paulo: ABNT, 2005.

BARROS, Elizabeth. Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde / Organização Panamericana de Saúde – Brasília – 2002.

BOSCO, Maria Goretti Dal. Discricionariedade em Políticas Públicas- Um Olhar Garantista da Aplicação da Lei de Improbidade Administrativa. Curitiba, Juruá Editora, 2008.

BRASIL – Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília /DF: Senado 1988.

_____ – Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990

_____ – Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde – Portaria GM/MS nº Norma Operacional Básica 96.

_____ – Portaria GM/MS nº 1163 de outubro de 2000.

_____ - Conselho Nacional de Saúde – Resolução 322 – Brasília 2003

_____ - Relatório de Atividades 2000 – SIOPS. Brasília 2000.

CARVALHO FILHO. José dos Santos. Manual de Direito Administrativo. 16. ed. Rio de Janeiro. Lúmen Júris, 2006.

CARVALHO, Gilson – A inconstitucional administração pós constitucional do SUS através de normas operacionais. Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 06 (2), p.435-444, 2001.

COHN, Amélia. Estado e Sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, V. 8, nº 2, p. 9-18, 2003.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, V. 6, p. 319-328, 2001.

DA SILVA, José Afonso. Curso de Direito Constitucional Positivo, 20.ed., São Paulo, Malheiros, 2.002, p. 721.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Direito administrativo. 12. ed. São Paulo: Atlas, 1.994.

DRACHLER, Maria de Lourdes et al. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, V.8, nº 2, p.461-470, 2003.

DUARTE, Maria Cristina Rabelais. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva, V.5, nº 2, p.443-463, 2000.

FAGUNDES, M. Seabra. O Controle dos Atos Administrativos Pelo Poder Judiciário. 7.ed. Rio de Janeiro, Forense, 2005.

GASPARINI, Diógenes. Direito administrativo. São Paulo: Saraiva, 1998.

MEDAUAR, Odete. Direito administrativo moderno. 4. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2000.

MEIRELLES, Hely Lopes. Direito Administrativo Brasileiro. 27. ed., São Paulo, Malheiros Editores, 2002.

MIRANDA, Pontes de. Comentários à Constituição Federal de 10 de Novembro de 1937. Rio de Janeiro: Irmãos Pongetti Editores, 1939, v. I.

MORAES, Germana de Oliveira. Controle Jurisdicional da Administração Pública. 2.ed. São Paulo, Dialética, 2004.

MOREIRA NETO, Diogo Figueiredo Moreira. Curso de direito administrativo. 11. ed. Rio, Forense, 1997.

REHEM, Renilson Souza - Sistema Público de Saúde Brasileiro. Texto apresentado no Foro de Europa y las Américas sobre Reforma del Sector Salud / Málaga, España del 24-27 de febrero del 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Brasília, DF – 2000