

SAÚDE BRASILEIRA: O CAOS DO FINANCIAMENTO

Denilson Magalhães

Resumo:

Desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde, foi estabelecida a necessidade de vinculação de recursos financeiros da União, dos Estados e dos Municípios, bem como da criação de uma metodologia de financiamento da saúde pública.

Passados quase 26 anos de sua criação, o SUS vive um dos momentos mais críticos de sua sobrevivência com uma demanda social crescente e interminável e recursos financeiros limitados e insuficientes.

Por isso, a abordagem deste artigo concentra-se em apresentar uma análise da política nacional estimulada pelo governo federal que resulta na sobrecarga legal, operacional e financeira para os Municípios e no atual caos em que o financiamento da saúde pública brasileira está inserido.

Palavras-chave: Financiamento do SUS. Gastos em Saúde. EC 29/2000. LC 141/2012.

Introdução

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, com acesso universal e igualitário.¹⁰ Um direito fundamental que se tornou jargão entoado pela população. Insculpido na Carta Magna brasileira e adotado como princípio básico pelo Judiciário, tem lastreado os caminhos do Sistema Único de Saúde (SUS) na busca da atenção integral à população.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu o SUS e a sua forma de estruturação e de organização, enfatizando como princípios a descentralização dos serviços de saúde e a autonomia dos Entes federativos, com destaque para a municipalização das ações e dos serviços de saúde. A iniciativa privada poderá complementar a Rede de ações e serviços do SUS. Vale uma ressalva ao pacto federativo,¹¹ que define a Saúde como uma competência comum, da União, dos Estados, dos Distrito Federal e dos Municípios.

Uma das questões mais importantes para a Saúde pública é a garantia de recursos financeiros tripartites – União, Estados e Municípios – necessários para o custeio e a manutenção das ações e dos serviços ofertados em quantidade e qualidade suficientes à população brasileira. Para tanto, a Emenda Constitucional 29 definiu a base do financiamento do SUS, por meio da vinculação de percentuais dos recursos da Seguridade Social das três esferas de governo.¹²

As orientações para o cálculo do montante dos valores de recursos federais a serem transferidos para Estados, Distrito Federal e Municípios, bem como dos Estados para os seus Municípios, também constam da legislação do SUS, como uma forma de facilitar a definição do financiamento tripartite do SUS.

10 Constituição Federal de 1988, art. 196.

11 Idem art. 23.

12 Idem, art. 198, alterado pela Emenda 29, de 2000.

Preceitos constantes na Carta Magna e nas legislação do SUS permitem a vinculação e os repasses de recursos constitucionais e voluntários para a área da saúde por meio de transferências denominadas “fundo a fundo”. O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) é o sistema oficial de consolidação de dados e disponibilização de informações acerca dos investimentos em saúde.

Na verdade, o Sistema Único de Saúde possui um arcabouço jurídico constituído ao longo dos quase 26 anos de sua instituição. São orientações e diretrizes que possibilitam a implantação de uma Política Nacional de Financiamento Tripartite do SUS, com o objetivo de garantir recursos suficientes para a Saúde brasileira.

1. O caos do financiamento do SUS

A Emenda 29 trouxe uma grande conquista social para o SUS, a vinculação de recursos da Seguridade Social e a previsão de percentuais mínimos dos orçamentos dos Entes para o financiamento da Saúde. Isso gerou uma grande expectativa em relação ao financiamento do SUS, o que, até então, não ocorreu, causando inseguranças e incertezas.

A lei complementar revisora da forma de financiamento do SUS, que conforme previsto na EC-29 deveria ocorrer a cada cinco anos, foi aprovada pela primeira vez no final de 2011 pelo Congresso Nacional, após grande mobilização dos prefeitos e dos demais atores políticos. A tão esperada Lei Complementar 141 só foi sancionada em 13 de janeiro de 2012.

Após 11 anos de espera e muita luta, sem dúvida alguma, a LC 141/2012 foi a maior frustração dos defensores de uma política justa e suficiente de financiamento da Saúde pública brasileira. As regras estabelecidas pela EC-29 foram mantidas, sendo o mínimo de 15% para os Municípios e 12% para os Estados investirem em Saúde. E, para a União, detentora da maior parcela do bolo tributário nacional, a regra transitória – o valor em-

penhado no ano anterior mais a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) – se consolidou por pelo menos mais cinco anos.

A CNM estimou que a manutenção dessa regra causou uma perda superior a R\$ 12 bilhões para a Saúde da população brasileira, somente no ano de 2012.

Essa lacuna da Emenda 29, de não definir um percentual mínimo de investimento em Saúde por parte da União, mantida nos diplomas legais posteriores, causa um acúmulo de déficit financeiro de investimentos federais em Saúde que, aliado à responsabilização dos Municípios com a execução das ações e serviços de saúde, promove um crescente comprometimento das finanças municipais e até mesmo da própria gestão municipal.

O Ente que mais investe em saúde é o Município (Siops).¹³ A série histórica das médias de percentuais de investimentos municipais em Saúde revelam a escala crescente das despesas, chegando no exercício de 2013 a uma média de 21,91% das suas receitas aplicadas em Saúde (Figura 1). Muito superior ao mínimo estabelecido pela legislação.

Já os Estados se mantiveram em uma média próxima aos 12% durante quase uma década, e isso é o mínimo que deveriam investir em Saúde. O crescimento dos investimentos estaduais é muito tímido e, somente no exercício de 2013, observa-se uma elevação nessa média de investimentos, chegando a 14,3%. Os Estados da região Norte foram os que mais contribuíram para essa elevação, com destaque para Amazonas (22,9%), Tocantins (20,7%), Roraima (17,3%), Acre (16,6%) e Amapá (15,6%).

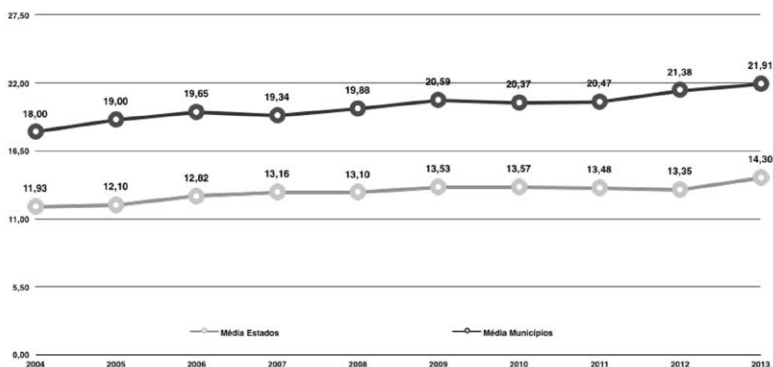
Outra informação muito relevante é o custo de cada cidadão brasileiro para o SUS. Em média, os Municípios gastaram R\$ 517,59 com cada cidadão, enquanto para os Estados a média foi de R\$ 449,98, ou seja, os Municípios que possuem menos recursos financeiros investem 15% a mais que os Estados na saúde de cada cidadão.

13 Siops/MS. Acesso em: 22/4/2014.

Quando avaliado o valor do orçamento total atualizado da União para o ano de 2013, de pouco mais de R\$ 88,5 bilhões, com exceção apenas do pagamento de inativos, estima-se que o valor médio aplicado na saúde de cada cidadão brasileiro foi de R\$ 440,42.

O financiamento da saúde por meio dos recursos federais é sem dúvida alguma um grande incentivador da implantação dos programas, das estratégias, dos serviços e das atividades desenvolvidas pela União, no âmbito de Municípios e Estados. Porém, o modelo de participação do financiamento federal, com a destinação de recursos “carimbados”, ou seja, oriundos desses programas e estratégias federais denominados de “incentivos financeiros”, força os Municípios à prática de uma política verticalizada, desenvolvida em gabinetes, atendendo mais às necessidades de pactos, acordos e programas federais, do que à sua realidade epidemiológica.

Figura 1 – Média dos percentuais de investimentos em Saúde. 2004-2013



Com a descentralização das ações e dos serviços de saúde, os Municípios assumiram e continuam assumindo a maior parte das responsabilidades em relação à atenção à Saúde das populações. Por estarem mais próximos da população e convivendo no dia

a dia as suas realidades, os governos locais tornaram-se fundamentais nos processos de atenção à saúde dos cidadãos.

Além de serem mais cobrados, também passaram a investir mais recursos financeiros, tornando-se a esfera que mais investe recursos na Saúde pública. Fato comprovado pela vinculação da força de trabalho do SUS, pela qual os Municípios respondem por 51,2% dos mais de 2,2 milhões de profissionais. Quando analisados os dados apenas da esfera pública, essa proporção sobe para 75,7%.

Com esse acúmulo de responsabilidades, os Municípios chegaram no limite de suas reais condições técnicas, administrativas e, principalmente, financeiras, comprovando que não há a efetiva solidariedade prevista no pacto federativo, sacrificando as finanças municipais na oferta de ações e serviços de saúde para a população brasileira.

Por fim, é nítido o descaso da União e dos Estados com o financiamento do SUS, comprovado pelo total desrespeito à Constituição e à legislação sanitária, que definem diretrizes e orientações para um financiamento responsável e solidário para o maior sistema público de Saúde do mundo – o SUS. A vinculação de recursos financeiros já não é suficiente, e tornam-se uma necessidade urgente a adoção e a implantação de uma política nacional de financiamento do SUS que garanta o envio dos recursos até o cidadão.

2. Fiscalização e controle é o foco federal

Utilizado desde 1998 para demonstrar despesas com Saúde pública, o Siops foi pensado a partir de debates ocorridos no Conselho Nacional de Saúde em 1983. Em 1999, foi designada equipe de desenvolvimento e implantação do sistema oficial de informações sobre os gastos com a Saúde pública (Siops). Em seguida, no ano de 2000, foi institucionalizado no âmbito do Ministério da Saúde.

A necessidade de conhecer e acompanhar como os recursos financeiros destinados à Saúde pública eram aplicados motivou o desenvolvimento e o aperfeiçoamento do Siops, possibilitando o exercício legal da fiscalização social. Já em 2012, por meio da Lei Complementar 141, o Siops se tornou o sistema de registro eletrônico centralizado das informações de Saúde das três esferas de governo, fortalecendo o acesso público às informações.

Uma novidade, trazida pela LC 141/2012, é a obrigatoriedade de envio e divulgação de informações pelo Siops, por parte da União, que até então apresentava apenas um resumo dos recursos investidos em Saúde, não permitindo se conhecer a realidade dos investimentos federais. Porém, mesmo com a obrigatoriedade definida em lei e em seus regramentos infralegais, a União continua sem informar detalhes das despesas com Saúde, desde janeiro de 2013.

A pressão é mantida sobre Municípios e Estados, que, de acordo com o Decreto 7.827/2012, caso ocorra a falta de informações no Siops ou o descumprimento de aplicação dos percentuais mínimos em Saúde, a entrega das transferências constitucionais da União serão restringidas, enquanto as voluntárias serão imediatamente suspensas até que o Ente comprove a regularidade dos percentuais mínimos legais.

As sanções serão aplicadas a partir do exercício financeiro de 2013. O Decreto também disciplina os prazos para o envio das informações, a partir das definições na LC 141/2012, que no caso do não cumprimento os Entes estão sujeitos à suspensão das transferências federais para a Saúde, inclusive os repasses do FPM (Fundo de Participação dos Municípios) e do FPE (Fundo de Participação dos Estados).

Art. 26. Para fins de efetivação do disposto no **inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, o condicionamento da entrega de recursos poderá ser feito mediante exigência da comprovação de aplicação adicional do percentual mínimo que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício imediatamente anterior**, apurado e divul-

gado segundo as normas estatuídas nesta Lei Complementar, depois de expirado o prazo para publicação dos demonstrativos do encerramento do exercício previstos no **art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000**.

§ 1º No caso de descumprimento dos percentuais mínimos pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, **verificado a partir da fiscalização dos Tribunais de Contas ou das informações declaradas e homologadas na forma do sistema eletrônico** instituído nesta Lei Complementar, a União e os Estados poderão restringir, a título de medida preliminar, o repasse dos recursos referidos **nos incisos II e III do § 2º do art. 198 da Constituição Federal ao emprego em ações e serviços públicos de saúde, até o montante correspondente à parcela do mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores**, mediante depósito direto na conta corrente vinculada ao Fundo de Saúde, sem prejuízo do condicionamento da entrega dos recursos à comprovação prevista no **inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal**. (Grifo nosso)

A Confederação Nacional de Municípios fez diversas ações para evitar a suspensão das transferências federais para os Municípios. Dentre a publicação de matérias, nota técnica, envio de *mailing* e orientações técnicas, uma das medidas mais eficaz foi a reivindicação junto ao Comitê de Assuntos Federativos (CAF), da prorrogação do prazo para a homologação dos dados no Siops, evitando-se a paralisação dos serviços. A solicitação foi atendida com a publicação do Decreto 8.201/2014, o qual prorrogou o prazo em 120 dias. Essa foi mais uma conquista da CNM.

Infelizmente, é observada uma inversão nas regras do financiamento do SUS, quando as normas de fiscalização dos investimentos em Saúde são antecedidas pela forma e pela metodologia do rateio dos recursos federais. É um extremo e desnecessário cuidado do governa federal com os recursos transferidos aos Municípios e Estados, uma vez que este é o papel dos órgãos oficiais de controle e fiscalização, além dos Conselhos de Saúde, dos meios de comunicação, da sociedade organizada e em geral, e outros tantos.

Enquanto isso, a Saúde pública brasileira, que é o objetivo maior dessa ação solidária entre Entes, fica desprovida de uma política eficiente e eficaz de financiamento de suas ações e serviços em quantidade e qualidade adequadas às necessidades da sociedade.

3. A política nacional de financiamento do SUS

Como dito anteriormente, a simples definição de percentuais mínimos de recursos financeiros para a Saúde não garante que os investimentos chegarão ao seu destino final – a saúde dos cidadãos.

Por isso, é necessário observar o que preveem a Constituição e a legislação sanitária em relação ao financiamento do SUS, para a partir de então elaborar e adotar uma política de financiamento tripartite e equânime que garanta o custeio e a sustentabilidade das ações e serviços de saúde.

A Constituição de 1988 define em seu art. 198, § 1º (alterado pela EC-29), que a Saúde será financiada com recursos da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e, ainda, que os Entes aplicarão anualmente recursos financeiros mínimos derivados da aplicação de percentuais. Desta forma, atendendo à Carta Magna, entende-se que devem ser estabelecidos percentuais mínimos para União, Estados, Distrito Federal e Municípios, além dos critérios de rateio dos recursos federais.

A metodologia de rateio dos recursos federais com Estados e Municípios foi definida pela 1ª vez na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990, art. 35), com base no perfil demográfico, epidemiológico, capacidade instalada, desempenho técnico, econômico etc. Sendo que 50% dos recursos deve ser rateado de forma *per capita*.

§1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados. (Grifo nosso)

A forma das transferências de recursos financeiros da União para Municípios e Estados, destinados ao custeio das ações e dos serviços de saúde, foi estabelecida pela Lei 8.142/1990 como regular e automática. Enquanto não for regulamentada a metodologia de rateio dos recursos federais, no mínimo, 70% serão destinados aos Municípios de forma *per capita*.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta Lei, **serão repassados de forma regular e automática** para os Municípios, Estados e Distrito Federal de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, **será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo,**

§ 2º **Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios,** afetando-se o restante aos Estados. (Grifo nosso)

A Lei 8.142/1990 (art. 4º), também define os critérios para receber recursos federais: fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatório de gestão, contrapartida de recursos e comissão de elaboração do plano de cargos, carreiras e salários (PCCS).

A mais valiosa contribuição da Lei Complementar 141/12 com o financiamento da Saúde brasileira foi a definição do que são consideradas despesas em Saúde e quais os gastos que não poderão mais ser computados como da área da Saúde. Este dispositivo legal ratifica a metodologia, a forma e os critérios de repasse dos recursos da União, além de prever que os Estados procederão de forma similar com seus Municípios (arts. 17 a 21).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Já não é mais tolerável a atual política federal de financiamento do SUS, fundamentada na fragmentação dos recursos financeiros em estratégias e programas de saúde, que são subfinanciados por meio de incentivos financeiros. Em média, esses incentivos suprem apenas 30% do custeio e da manutenção dos serviços ofertados à população.

Os investimentos em saúde por parte da esfera municipal são muito altos, acima do mínimo legal. No entanto, ainda temos um Sistema Único de Saúde com mazelas, com filas, com longas esperas por atendimentos e serviços, pois um único Ente – os Municípios – não consegue manter técnica e financeiramente sozinho o SUS.

Para atender ao direito fundamental e constitucional à saúde, não basta vincular recursos mínimos para a Saúde, é fundamental definir as formas e as metodologias de sua distribuição, assegurando que cheguem à sua destinação final, que é a atenção integral à saúde da população.

Para tanto, **é urgente e necessária a implantação de uma Política Nacional Solidária de Financiamento do SUS**, fundamentada na legislação existente e nas diretrizes legais sobre o financiamento da Saúde, com o compromisso responsável e a participação equânime das três esferas de governo.

REFERÊNCIAS

BRASIL, *Constituição da República Federativa do Brasil*, de 1988. Disponível em: «http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm».

_____. *Lei nº 8080*, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: «http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm».

_____. *Lei nº 8142*, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: «http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm».

_____. *Emenda Constitucional nº 29*, de 13 de setembro de 2000. Disponível em: «http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm».

_____. *Lei Complementar nº 141*, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: «http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm».

_____. *Decreto nº 7.827*, de 16 de outubro de 2012. Disponível em: «http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20112014/2012/Decreto/D7827.htm».

_____. *Portaria nº 53*, de 16 de janeiro de 2013. Disponível em: «http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0053_16_01_2013.html».

_____. *Decreto nº 8.201*, de 6 de março de 2014. Disponível em: «https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8201.htm».

SOUSA, IMC, Silva ASS, Canto A. *Financiamento no SUS: a Emenda Constitucional 29 e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde em Pernambuco*. Recife: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

TEIXEIRA, HV, Teixeira MG. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. *Ciência Saúde Coletiva*, 2003; 8:379-91.