

O FEDERALISMO FISCAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

*Bruno Bastos de Oliveira**

*Gabriela Cardoso dos Santos***

*Júlia Scarpinati****

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem articulado importantes políticas públicas visando a concretização do Direito à Saúde, sendo reconhecido como a mais importante ferramenta de inclusão social da história do Brasil. Com isso, a Constituição Federal de 1988 adotou uma visão abrangente e multidimensional do Direito à Saúde. Contudo, a concretização de uma ambiciosa política pública de saúde depende de um complexo sistema de redistribuição de recursos públicos e de partilha de competências tributárias. Nesse ínterim, o presente artigo busca analisar as conexões entre o federalismo brasileiro e o financiamento do SUS, em razão da destacada influência que a organização do Estado Federal exerce na formulação e execução de políticas públicas. Logo, o presente trabalho possui um caráter descritivo e a pesquisa partiu da utilização do método dedutivo, através

*Doutor e Mestre em Direitos Humanos e Desenvolvimento, com ênfase na área fiscal, pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Professor da Universidade Estadual Paulista, UNESP, Campus de Franca/SP. Professor do Mestrado e Doutorado – PPGDireito Unesp.

**Bacharelada em Direito na Universidade Estadual Paulista, UNESP, Campus de Franca/SP.

***Bacharelada em Direito na Universidade Estadual Paulista, UNESP, Campus de Franca/SP.

da pesquisa bibliográfica, fundamentando-se na legislação e na doutrina, buscando inquirir o complexo sistema de financiamento do SUS para compreender os desequilíbrios e assimetrias no gasto público com a saúde. *Palavras-chave:* Federalismo Fiscal. Direito à Saúde. Sistema Único de Saúde. Financiamento.

1 INTRODUÇÃO

O Estado Federal no Brasil tem marcadores muito próprios de nossa formação histórica, eis que a federação é composta pela União, pelos 26 estados, o Distrito Federal e por 5.568 municípios, sendo todos dotados de autonomia política e administrativa. Não obstante, o federalismo é marcado pela profunda desigualdade regional e por um exaustivo marco legislativo que disciplina as competências financeiras e tributárias (Jaccoud; Vieira, 2018, p. 7).

Ao prever o direito à saúde como direito fundamental e dever do Estado, que se dá através de políticas sociais e econômicas, fundamentado no binômio universalidade e igualdade, o constituinte originário buscou institucionalizar uma visão ampla e multisetorial do direito à saúde, pois enxergou nas políticas públicas de saúde um importante mecanismo para superar as desigualdades da sociedade brasileira. Para tanto, o constituinte previu a criação do SUS, estabelecendo uma série de competências para o sistema de saúde. Contudo, *como financiar uma ambiciosa política pública de saúde em um complexo sistema federativo e tributário?*

A partir da referida pergunta motivadora, o presente trabalho irá realizar um aprofundamento no marco legislativo que disciplina o financiamento do SUS. O debate relativo ao financiamento do sistema de saúde é um tema recorrente entre gestores, técnicos e pesquisadores no âmbito do direito à saúde, pois o dispêndio com recursos públicos necessários para o acesso igualitário e universal aos serviços de saúde se dá por meio do rateio e repasse de recursos federais para as esferas de governo subnacionais. Logo, a implementação de políticas públicas de saúde não pode desconsiderar os elementos do Estado Federal (Jaccoud; Vieira, 2018, p. 7).

Para alcançar o objetivo geral acima explicitado, será utilizado o método dedutivo. A utilização do referido método consiste em detalhar o

conteúdo da premissa que o financiamento do SUS depende da cooperação entre as três esferas de governo e, a partir do estudo do conteúdo, apresentar os desafios enfrentados (Marconi; Lakatos, 2003).

Para tanto, o trabalho foi desenvolvido a partir de pesquisa bibliográfica, doutrinária e legislativa. A base bibliográfica e doutrinária foi coletada através de artigos científicos disponíveis nas plataformas Scielo e Google Acadêmico, bem como nos arquivos eletrônicos de dissertações de mestrado da Universidade de São Paulo. Quanto à base legislativa, foi elaborada por meio da consulta nos sites eletrônicos do Planalto Central, uma vez que é competência da União estabelecer normas gerais que versam sobre direito financeiro e tributário.

Ante o exposto, para apresentar as conclusões e evidências coletadas, o presente artigo será dividido em quatro sessões após a introdução. Na primeira sessão, serão apresentadas considerações sobre o federalismo e pacto federativo, além da conexão entre o Estado Federal e o SUS. Na seguinte, será demonstrado a importância e os principais diplomas legais que regulamentam o SUS. Na terceira sessão, aprofunda-se nas disposições que regulamentam as transferências de recursos para o financiamento do SUS, analisando o rateio de recursos nas três esferas da federação. Apresenta-se, adiante, quais são os principais desafios enfrentados no gasto público com o Sistema Único de Saúde.

2 FEDERALISMO FISCAL E O PACTO FEDERATIVO

A Independência das 13 colônias britânicas da América, também conhecida como Revolução Americana, criou nova forma de Estado, o Federalismo. Com o passar do tempo, o sistema passou a ser adotado pelas mais diversas nações, tais como Alemanha, Argentina, México e, entre esses países, o Brasil.

O Federalismo é uma forma de organização do Estado, em que há a repartição das funções e poderes estatais em ao menos dois níveis verticais, ou seja, nessa forma de Estado, os Estados-membros são organizados pelo direito interno e são representados internacionalmente em conjunto, pela União. Por óbvio, a definição de federalismo é ampla, pois não existe um modelo universal

aplicável a todas as instituições políticas e jurídicas (Tavares, 2023, p. 348 - 349).

No contexto brasileiro, nossa forma federativa é marcada pela cooperação, eis que as normas constitucionais determinam os campos de atribuição dos entes federativos, prevendo competências privativas, comuns e concorrentes para os membros da federação (Tavares, 2023, p. 351).

A relação entre as normas constitucionais de competência e a forma do Estado federativo determinam o modelo de federalismo fiscal, eis que são demarcados à discriminação de rendas, mediante a divisão constitucional de competências e, por consequência, a repartição das receitas arrecadadas com a tributação entre a União, estados, Distrito Federal e municípios (Torres, 2014, p. 244).

Feito esses apontamentos introdutórios quanto à algumas características do federalismo brasileiro, saltamos para apresentar algumas considerações indispensáveis do federalismo fiscal para compreender sua relação com o financiamento do SUS.

2.1 O FEDERALISMO FISCAL NO BRASIL

Segundo Jorge Eduardo Braz de Amorim, o federalismo fiscal pode ser compreendido como um marco normativo que ordena as finanças públicas, de modo a concretizar o federalismo político, discriminando fontes de renda e de repartição das receitas tributárias entre os membros da federação. Como dito anteriormente, o federalismo brasileiro é marcado pela descentralização e cooperação, características também presentes na “Constituição Financeira”:

Seguindo o modelo do Federalismo eleito pelo constituinte originário, a Constituição adotou igualmente um modelo de federalismo fiscal diferenciado pela descentralização e pela cooperação, marcado por um sistema de descentralização fiscal caracterizado pela distribuição discriminada de competência tributária de forma a que os entes pudessem possuir autonomia financeira por via do produto da arrecadação de tributos próprios, porém, reforçado por uma repartição da arrecadação fiscal entre os membros, mitigando assim os efeitos negativos das diferenças regionais de desenvolvimento econômico. Desta forma, o modelo eleito visa garantir não só a autonomia dos entes federados previsto no art.º. 18 da CF, mas, também, almeja cumprir com um dos objetivos da República Federativa do Brasil, previsto no art.º. 3º, III, da CF, qual seja, reduzir as desigualdades regionais (Amorim, 2021, p. 591).

Numa breve perspectiva histórica, o ano de 1967 é tido como marco bastante significativo do federalismo fiscal em razão da reforma tributária ocorrida no referido ano, que modificou significativamente as competências tributárias e orçamentárias (Assunção, 2007, p. 45).

Após a promulgação da Constituição de 1988, a participação de Estados e Municípios nas receitas tributárias passaram a ser gradativamente superiores, o que proporcionou um incremento de verbas para programas sociais. Contudo, as mudanças promovidas pela Carta Cidadã acarretaram a difícil tarefa de equilibrar demandas sociais com um complexo pacto federativo.

2.2 PACTO FEDERATIVO E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Como já foi citado, o federalismo passou por profundas mudanças na história do Brasil, alternando entre períodos de maior centralização e descentralização. Em primeiro lugar, é importante destacar que o pacto federativo pode ser compreendido como o conjunto de Conjunto de Regras sobre: quem faz o que e com que receita. Portanto, existe uma conexão central entre arrecadação, distribuição de receitas e políticas públicas de saúde.

A Constituição de 1988, reconhece em seu art. 196, que a garantia do correspondente do direito à saúde, se dá “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” (Brasil, 1988). Desta forma, foi reconhecido que a saúde possui determinantes múltiplos e complexos, que requerem a formulação e a implementação, pelo Poder Público das três esferas governamentais, de políticas públicas abrangentes e diversas (Ferraz; Vieira, 2009, p. 224 - 225).

A organização do Estado Federal e Fiscal decorrente do Pacto Federativo proporcionou a autonomia entre as esferas de governo, não existindo uma hierarquia entre municípios, estados, Distrito Federal e União. Porém, a Constituição também determinou que a atuação entre os entes federativos deve ser conjunta e coordenada e que a autonomia não é absoluta, visto que o cuidado com a saúde foi incluído no rol de competências comuns dos três entes federativos, e que a prestação de serviços de saúde pelos municípios deve se dar com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados (Jaccoud; Vieira, 2018, p. 11).

As diretrizes constitucionais aliadas com importantes incentivos do Ministério da Saúde, implicaram em relevantes transformações na cooperação financeira entre as três esferas de governo. Por exemplo, a EC nº 29/2000, estabeleceu percentuais mínimos para os três entes federativos, embora com dificuldades normativas, o volume de recursos próprios dos estados e municípios destinados à saúde triplicou, enquanto os da União foram ampliados em 75% (Jaccoud; Vieira, 2018, p. 21).

Feito essas considerações, restou evidente a relação entre o federalismo, distribuição de receitas e gasto com saúde no contexto brasileiro. Porém, antes de nos aprofundarmos no plano normativo que disciplina as transferências de receita entre os três entes federativos no financiamento do SUS, torna-se necessário inquirir, em linhas gerais, sobre as normas, princípios e relevância do Sistema Único de Saúde.

3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde, também conhecido popularmente somente pela sigla SUS, é um sistema de saúde pública a fim de garantir à população do país, não importando a nacionalidade, o acesso integral, universal e gratuito aos serviços de saúde (Brasil, [s.d.]). Nesse sentido, apresenta-se como um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública existentes do mundo.

3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Antes da Constituição Federal de 1988, observa-se que o sistema público de saúde prestava assistência hospitalar para cerca de 30 milhões de pessoas, dado que atendia somente aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, cabendo ao restante da população buscar os serviços com outras instituições, como as entidades filantrópicas (Brasil, [s.d.]).

Com o advento da Constituição Federal de 1988, foi estabelecido, com o artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Assim, para atingir o objetivo saúde a todos, foi criado o Sistema Único de Saúde, o qual tinha como fundamento a descentralização, o atendimento integral e a participação

popular, além de manter a observância aos princípios de universalidade, integralidade e igualdade que também foram firmados na Constituição.

Em 2000, foi editada a Emenda Constitucional nº 29, também conhecida como a Emenda da Saúde. Em seu texto assegurou-se a coparticipação dos entes federativos, isto é, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no financiamento dos serviços de saúde pública como também das mobilizações acerca da saúde. Nesse viés, nota-se no parágrafo 1º do artigo 198 que: “O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (Brasil, 1988). Além do mais, a Emenda Constitucional ainda estabeleceu limites mínimos de aplicação em saúde para cada unidade federativa, aspecto o qual será abordado à frente.

3.2 OS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

O Sistema Único de Saúde encontra-se fundamentado em três princípios, o princípio da universalização, o princípio da equidade e o princípio da integralidade. Porém, qual o significado por trás de cada um deles? O princípio da universalização traz que a saúde é um direito de cidadania de toda a população do país e é responsabilidade do Estado assegurar este direito, devendo o acesso aos serviços e ações ser garantido e possibilitado a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, classe econômica, ocupação, nacionalidade ou qualquer outra característica pessoal ou social do indivíduo.

Muito embora toda a população tenha o direito à saúde, sabe-se que as pessoas não são iguais, apresentando características únicas, por esta razão, cada indivíduo possui necessidades distintas. Assim, o princípio da equidade significa, a simples modo, tratar desigualmente os desiguais (Brasil, [s.d.]). Em outras palavras, o princípio observa que as áreas com índices altos de carência devem receber mais investimento do que as áreas com maiores privilégios, isso tudo com o objetivo de diminuir as desigualdades.

Por fim, o princípio da integralidade considera que o Sistema Único de Saúde deve atender a todas as necessidades da pessoa. Dessa maneira, observa-se que é de extrema importância a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação (Brasil, [s.d.]). Aliás, faz-se necessário a mobilização da saúde com outras políticas públicas, com o intuito de

proporcionar uma atuação entre as diferentes áreas que a saúde ecoa, além de assegurar melhor qualidade de vida às pessoas.

3.3 A IMPORTÂNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde favorece o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. O atendimento integral à saúde, não sendo apenas aos cuidados assistenciais, proporcionou a aproximação de todos os brasileiros ao direito à saúde, desde a gestação até o falecimento. Além disso, nota-se um esforço para a promoção da saúde com qualidade de vida, destacando a mobilização na prevenção de doenças.

Ademais, o médico Drauzio Varella, em entrevista, ressalta que o SUS desenvolve, sem onerosidade, o maior programa de vacinações e transplantes de órgãos do mundo (Rezende, [s.d.]). Além disso, observa-se que são referências para outros países programas como Saúde da Família, de distribuição de remédios para tratamento da HIV/Aids e tratamento contra a hepatite C, os quais possuem reconhecimento da Organização Mundial da Saúde (Baroni, 2018).

Diante do exposto, embora ainda haja falhas que precisam de aperfeiçoamento, não podemos negar que o Sistema único de Saúde é um grande patrimônio do povo brasileiro.

4 FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Como já mencionado anteriormente, o Sistema Único de Saúde possui, como pilar fundamental, a descentralização, ou seja, a existência de uma direção única em cada esfera do governo, seja federal, estadual ou municipal. Nesse sentido, buscando garantir a existência constante de recursos financeiros suficientes para a manutenção da seguridade social e do SUS, foram criadas “contribuições com destinação exclusiva à saúde, previdência e assistência social” (Brasil, 2013, p. 22).

A título de melhor compreensão, tem-se que as contribuições

supramencionadas apenas poderão ser utilizadas para a efetivação de ações destinadas à proteção social, enquanto os impostos possuem os mais diversos fins, de modo que podem, inclusive, serem destinados a complementar o financiamento do SUS e da Seguridade Social. Dessa forma, faz-se importante entender como funciona o financiamento desse importante sistema em cada âmbito da federação, a fim de se compreender melhor os desafios enfrentados no que se refere à arrecadação de receitas.

4.1 O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA ESFERA DA UNIÃO FEDERAL

Inicialmente, no que se refere à União Federal, tem-se que a Lei Complementar nº 141/2012 estabelece, em seu artigo 5º, os gastos mínimos a serem realizados pelo ente federativo em ações e serviços públicos vinculados à saúde. Assim sendo, tem-se que

Art. 5º. A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido 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).

Com isso, é possível inferir que os recursos em âmbito federal para o financiamento do Sistema Único de Saúde viriam do Orçamento da Seguridade Social, que é composto por receitas da própria União Federal, contribuições sociais, que correspondem a fontes exclusivas da Seguridade Social, oriundas das verbas arrecadadas “pelas empresas sobre a folha de pagamento, sobre o faturamento e sobre o lucro líquido” (Brasil, 2013, p. 49), pelos trabalhadores, incidindo sobre o salário de contribuição, e sobre receita de concurso de prognóstico, entre outras fontes.

4.2 O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NAS ESFERAS DOS ESTADOS, MUNICÍPIOS E DISTRITO FEDERAL

Primeiramente, no que se refere aos Estados, o artigo 6º da Lei Complementar nº 141/2012 estabelece que deverão ser destinados, no mínimo, o percentual de 12% de suas receitas próprias com os gastos na área da saúde. Isto posto, tem-se que

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios (Brasil, 2012).

Nesse ínterim, tem-se que os Estados deverão aplicar na saúde, pelo menos, o percentual de 12%, que será calculado sobre o produto da arrecadação dos impostos estaduais, quais seja, o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), o Imposto de Transmissão *Causa Mortis* e Doação (ITCMD) e o Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), bem como será calculado sobre as transferências constitucionais feitas pela União, deduzidas as parcelas que forem destinadas aos Municípios.

Já quanto aos Municípios, esses aplicarão, a título de recursos mínimos destinados à saúde e, conseqüentemente, ao financiamento do SUS, o percentual de 15% de suas receitas próprias. Tal destinação encontra previsão no artigo 7º desta mesma lei, segundo o qual:

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal (Brasil, 2012).

Assim sendo, tem-se que os Municípios deverão aplicar na saúde, pelo menos, 15% de seus recursos, que correspondem à arrecadação dos impostos de competência municipal, quais sejam, Imposto sobre a Propriedade Predial

e Territorial Urbana (IPTU), Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis (ITBI) e Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), bem como será calculado sobre as transferências constitucionais feitas pela União aos Municípios.

Por fim, cumpre ressaltar que o Distrito Federal se utiliza dos dois percentuais, 12% ou 15%, a depender do tipo de receita que esteja a receber, ou seja, a depender se o imposto arrecadado, por exemplo, for de competência estadual ou municipal, respectivamente.

Como mencionado anteriormente, os percentuais em questão trata-se de vinculação para o mínimo a ser aplicado em saúde, de modo que a Constituição Federal de 1988 ainda deixou aberta a possibilidade de se contar com outras fontes de recursos para o SUS. A título de exemplificação, tem-se que os Estados, Municípios e Distrito Federal possuem outras receitas que podem ser destinadas à saúde, como encargos que decorrem dos impostos e da dívida ativa dos impostos, receitas de transferências previstas constitucionalmente ou em outros dispositivos legais, transferências que ocorrem de forma voluntária, receitas de operações de crédito que sejam vinculadas ao financiamento da saúde, entre outras receitas orçamentárias.

4.3 REPASSES FEDERAIS

Como mencionado no item antecedente, o percentual de 12% e 15% pode ser calculado, também, sobre as transferências realizadas pela União aos Estados e Municípios. Essas transferências são conhecidas como repasses federais e serão melhor abordadas no presente tópico.

O art. 17 da Lei Complementar nº 141/2012 estabelece que

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal (Brasil, 2012).

Com isso, para a realização do rateio desses recursos federais, são levados em consideração critérios que reduzem as disparidades regionais, por meio da transferência dos recursos do Fundo Nacional de Saúde da União para os Fundos de Saúde estaduais e municipais, transferência essa que ocorre automaticamente, desde que os referidos entes detenham os fundos mencionados e conselhos de saúde em pleno funcionamento, bem como apresentem seus planos para a saúde.

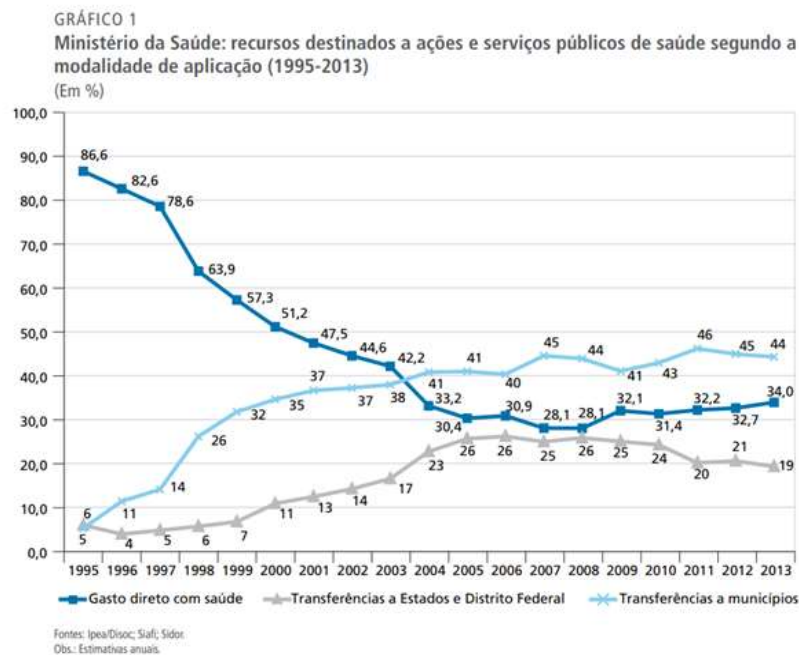
Portanto, a Receita Federal brasileira realiza a arrecadação da maior parte dos impostos e contribuições com alta carga contributiva e repassa a parte a ser destinada à saúde para o Fundo Nacional de Saúde, do qual irão sair os recursos que serão transferidos aos Estados e Municípios. Dessa maneira, os repasses podem ser efetuados mediante a transferência supramencionada, ou seja, fundo a fundo, mediante a celebração de convênios, sejam eles entre Estados e Municípios ou entre eles e a União, nos quais serão realizadas transferências voluntárias de recursos, possibilitando a obtenção de recursos financeiros extras para a saúde, complementando os gastos mínimos de vinculação obrigatória, ou, por fim, “mediante remuneração por prestação de serviços a estabelecimentos de saúde” (Brasil, 2013, p. 74).

Essas transferências realizadas a título de repasses federais demonstram, justamente, a descentralização dos recursos e das ações realizadas no SUS, de forma a criar condições para que seja possível a oferta dos serviços de saúde até mesmo em regiões mais carentes, possibilitando a inclusão de todos no sistema, de forma a garantir o princípio da universalização mencionado anteriormente no presente artigo. Em consequência disso, pode-se inferir que a grande maioria dos Municípios brasileiros se tornam altamente dependentes dos recursos de outros entes federativos, sejam da União ou dos Estados, de modo que suas receitas tributárias, quando analisadas isoladamente, mostram-se insuficientes para cobrir a totalidade dos custos das ações e serviços de saúde que a população demanda diariamente.

Tal situação ocorre porque as receitas tributárias municipais se resumem, basicamente, à cobrança dos impostos mencionados no item antecedente, ou seja, IPTU, ISSQN e ITBI, de modo que os tributos com maior potencial de arrecadação são de competência da União e dos Estados, que acabam por transferir parte dos recursos arrecadados diretamente aos municípios por meio da transferência fundo a fundo. Consequentemente, a União acaba sendo

a principal mantenedora das verbas para os serviços de saúde prestados pelos Municípios, já que, além dos repasses automáticos fundo a fundo, realiza a transferência de recursos extras para que seja possível o desenvolvimento de programas de saúde. Já as transferências dos Estados aos Municípios acabam por se limitarem, também, aos recursos da União, o que evidencia um grau de dependência entre os entes federativos muito elevado, dificultando a expansão dos gastos com saúde e com o SUS. Não obstante, esses repasses federais não desobrigam os Estados e Municípios de aplicarem o mínimo obrigatório de 12% e 15% de suas próprias receitas, sendo apenas uma contrapartida da esfera federal no financiamento da saúde e do Sistema Único de Saúde.

Para que seja possível a realização de uma análise mais prática, tem-se o Gráfico 01, no qual pode-se observar que o Ministério da Saúde transfere para os demais entes federativos, ou seja, Estados, Distrito Federal e Municípios, “mais de 70% dos recursos que aplica em ações e serviços públicos de saúde” (Piola, 2017, p. 17). Entretanto, os gastos realizados diretamente com a saúde apresentaram um pequeno crescimento a partir de 2009, o que poderia ser justificado em razão da implantação de novas políticas públicas na área da saúde por parte da União, como a Farmácia Popular e o programa Mais Médicos, que possuem seu financiamento de forma centralizada.



Fonte: Piola, 2017.

Outra importante mudança trazida pela Lei Complementar nº 141/2012 foi as limitações no que se refere às despesas que podem ser consideradas como gastos com a saúde, de modo que foram excluídas as ações de saneamento básico além do permitido, limpeza urbana, merenda escolar e pagamento de inativos e pensionistas. Dessa forma, buscou-se garantir que os recursos arrecadados, especialmente o mínimo obrigatório, fosse efetivamente destinado para ações e serviços públicos vinculados à saúde, e não fossem utilizados para fins outros.

Com isso, foi implementada uma monitorização da aplicação dos recursos em saúde, tanto no âmbito da União, quanto dos Estados, Distrito Federal e Municípios, monitorização essa que é realizada pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), para o qual são enviados dados que possibilitam averiguar se esses entes estão, por exemplo, realmente destinando o mínimo obrigatório de seus recursos à saúde. Isso possibilita que a União aplique sanções aos mesmos, inclusive utilizando-se da medida drástica de intervenção nos Estados e/ou Municípios que não destinarem o mínimo de seus recursos em saúde, além de possibilitar que os próprios Estados intervenham em seus respectivos Municípios nessas mesmas situações.

Por fim, cumpre ressaltar que a Lei Complementar nº 101/2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal, prevê que a retenção de recursos mínimos que deveriam ser destinados à saúde e à educação configura crime de responsabilidade. Com isso, há a possibilidade de aplicação de sanções diversas, inclusive com a retenção de parcela dos fundos de participação, de forma a assegurar que aqueles recursos sejam destinados ao Sistema Único de Saúde.

5 DESAFIOS DO FEDERALISMO FISCAL NO FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Diante do conteúdo exposto, vale também constatar a aplicação do federalismo fiscal no Sistema Único de Saúde, buscando compreender os desafios enfrentados no que tange ao tema. Levando em conta, em primeiro

lugar, a desigualdade socioeconômica presente no Brasil, fica evidente que nem todos estados e municípios terão capacidade de arcar com uma estrutura adequada dos serviços públicos de saúde (Lima, 2008, p. 2). Tal cenário é agravado pela desigualdade também na arrecadação tributária entre os entes. Em um relatório do Tesouro Nacional publicado em 2021, foi exposto que, no ano de 2019, a carga tributária da União (esferas federal, estadual e municipal) foi de e 32,15% do PIB, sendo que o Governo Central ficou responsável por 21,86 pontos percentuais (p.p), os Governos Estaduais com 8,40 p.p, e os Municipais com 2,25 p.p (Brasil, 2021).

Sendo assim, apesar de na teoria a descentralização adotada no federalismo fiscal brasileiro aparentar maior eficácia no ajuste das necessidades de cada ente federativo, pode-se na realidade ocorrer inequidade na oferta de serviços públicos, incluindo no âmbito da saúde. Além disso, soma-se a todo esse contexto a instabilidade política do país e o federalismo ainda em moldes de construção e a grande extensão territorial do país, que dificulta uma distribuição realmente igualitária dos recursos financeiros.

De acordo com Luciana Dias Lima, Professora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), existem resumidamente dois tipos de desequilíbrios no federalismo fiscal: o vertical e o horizontal. O desequilíbrio vertical diz respeito à hierarquia existente entre os entes federativos, sendo que o federal dispõe de um maior poder de tributação, e assim por diante. Por outro lado, o horizontal é relativo às desigualdades existentes entre estados e municípios, uma vez que todos possuem capacidades e demandas divergentes (Lima, 2008, p. 4).

No contexto dos desequilíbrios verticais, é importante destacar que um dos grandes problemas não é propriamente a falta de recursos financeiros distribuídos, mas sim a existência de desvio no uso de tais recursos. Tais desvios ocorrem em um contexto que ainda veem os gastos com o SUS como fontes de despesas para o poder público, ignorando a relevância da garantia do acesso à saúde como um direito social indispensável. Além disso, aponta também Luciana Dias Lima a problemática da baixa participação das despesas de capital na execução orçamentária do Ministério da Saúde e a inexistência de uma política mais ampla para reduzir a iniquidade na oferta e cobertura das ações e serviços oferecidos pelo SUS. Assim, expõe a professora:

No contexto de restrição fiscal, o modelo de descentralização implementado no sistema de saúde serviu mais ao propósito de retração da União e de contenção de despesas do que de sua expansão, como gostariam seus idealizadores. (Lima, 2008, p. 12)

Como dito, os desequilíbrios horizontais são nada mais do que os interestaduais e intermunicipais. Dessa maneira, a União é colocada como prioridade no que tange à distribuição da receita tributária, aumentando a dependência dos demais entes federados.

Ademais, importante também destacar a disparidade evidente entre os municípios, visto que, dependendo do número de habitantes, há diferença na distribuição desses recursos. Comumente, as capitais, grandes e pequenas cidades são os que mais recebem, fazendo com que os municípios em uma faixa “intermediária”, tenham menor repasse, e, conseqüentemente, dependem mais das transferências federais. São também mais dependentes as regiões do país com menor índice de desenvolvimento e, dessa maneira, acentua-se ainda mais a relação de subordinação existente.

Portanto, não se pode considerar totalmente satisfatório o resultado do modelo de federalismo, vez que não há padrão de qualidade e distribuição igualitária dos serviços de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, fugindo então do que seria sua proposta inicial. Contudo, apesar existência de críticas a serem traçadas ao uso de recursos destinados à área da saúde no Brasil, bem como sua distribuição, não é possível anular a importância do SUS como uma fundamental ferramenta de garantia da saúde pública, vez que o sistema facilita o acesso à serviços médicos e hospitalares ao longo de todo o território nacional.

6 CONCLUSÃO

O Sistema Único de Saúde é um sistema público de saúde que tem como objetivo garantir o acesso integral, universal e gratuito aos serviços de saúde para toda a população, não importando a nacionalidade. Trata-se, portanto, de um complexo sistema público de saúde, que atende desde as demandas mais simples até os procedimentos complexos. Dessa forma, justamente por buscar tamanha abrangência territorial, alcançando todo o território nacional, existem

inúmeros desafios envolvendo a gestão das atividades e serviços oferecidos, principalmente no que tange os recursos a serem utilizados e sua distribuição.

É nesse cenário que surgem os debates acerca do modelo federativo adotado pelo Brasil e a política tributária, que por sua vez também se estrutura a partir da ideia do pacto federativo. Assim, constrói-se a necessidade de distribuição, entre os diferentes entes federativos, dos recursos financeiros arrecadados a partir da atividade financeira do Estado. Levando em conta tais ideias foi construído a fundamentação do presente trabalho, apresentando e explicando os conceitos de federalismo fiscal no Brasil e repasses federais, buscando compreender como são aplicados no contexto do financiamento do SUS.

Desse modo, foi possível traçar um panorama geral da maneira adotada pelo nosso país de subsidiar os gastos públicos com as políticas de garantia da saúde, abordando também os desafios encontrados nesse âmbito. Sucintamente, podemos afirmar que o principal entrave, na prática, é a falta de garantia na oferta de serviços e benefícios em padrões comuns a todos, nas diferentes regiões do Brasil.

Nesse contexto, a ideia da saúde como um direito social não predomina na prática, sendo vista apenas como uma fonte de despesa do Estado. Assim, os desequilíbrios verticais e horizontais existentes no campo do financiamento da saúde pública configuram-se como impasses na distribuição equitativa das receitas arrecadadas a partir dos tributos cobrados à população, conforme explicita o artigo de Luciana Dias Lima.

Por conseguinte, a descentralização tributária e a ausência de um plano nacional que garanta as condições adequadas para a transferência equitativa dos encargos sociais e recursos financeiros acabam por acentuar desigualdades já existentes no que tange ao acesso a serviços de saúde de qualidade. Portanto, vê-se que, na prática, que a atual distribuição de receitas tributárias constitui-se como entrave na aplicação fática dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Jorge Eduardo Braz de. A extensão do manto da cláusula pétrea do pacto federativo: um estudo sobre o federalismo fiscal e a reforma tributária, *Cadernos de Direito Actual*, 2021, v. 15, p. 589–599.

BARONI, Larissa Leiros. *6 programas de saúde pública do Brasil considerados referência no mundo*. Universo Online: São Paulo, 2018. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2018/06/05/6-programas-de-saude-publica-do-brasil-considerados-referencia-no-mundo.htm>. Acesso em: 01 jun. 2023.

BRASIL. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. *História*. Centro Estadual de Vigilância em Saúde: Porto Alegre. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/historia>. Acesso em: 01 jun. 2023.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 26 mai. 2023.

BRASIL. Fale com o Conecte SUS. *Conecte SUS*: [s/l], [s.d.]. Disponível em: <https://conectesus-paciente.saude.gov.br/perfil/sobre-sus>. Acesso em: 1 jun. 2023.

BRASIL. *Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000*. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso em: 01 jun. 2023.

BRASIL. *Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012*. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga

dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 01 jun. 2023.

BRASIL. *Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991*. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212cons.htm. Acesso em: 01 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Financiamento Público de Saúde*. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS ; Eixo 1, v. 1. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf. Acesso em: 30 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS*. Conselho Nacional de Saúde: Brasília, [s.d.]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/websus20anos/sus.html>. Acesso em: 01 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde: Brasília, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 01 jun. 2023.

BRASIL. Tesouro Nacional Transparente. *Carga Tributária do Governo Geral*. Disponível em: <https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/carga-tributaria-do-governo-geral/2020/114>. Acesso em: 02 ago. 2023.

CASTRO, Marcia C, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*, vol 394, July 27, 2019.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. *Dados*. 2009, v. 52, n. 1, p. 223-251.

JACCOUD, Luciana; VIEIRA, Fabiola Sulpino. *Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2018.

LEDA, Camila Pessoa de Mello Cartaxo. *O federalismo fiscal no ordenamento jurídico brasileiro: uma análise sistemática*. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

LIMA, Luciana Dias. *Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida*. Trabalho, Educação e Saúde. Rio de Janeiro: v. 6, n. 3, p. 573–598, 2008.

MARCONI, Maria; LAKATOS, Eva. *Fundamentos de metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

PIOLA, Sérgio Francisco. *Transferência de Recursos Federais do Sistema Único de Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar nº 141/2012. Texto para Discussão*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro: Ipea, 2017, ed. 2298. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7777/1/td_2298.pdf. Acesso em: 29 mai. 2023

REZENDE, Mika de Oliveira. *Sistema Único de Saúde (SUS)*. Rede Omnia: Goiânia, [s.d.]. Disponível em: <https://mundoeducacao.uol.com.br/sociologia/sistema-unico-de-saude-sus.htm>. Acesso em: 01 jun. 2023.

TAVARES, André Ramos. *Curso de direito constitucional*. 21 ed. São Paulo: SaramaJur, 2023.

TORRES, Heleno Tavares. *Direito constitucional financeiro: teoria da constituição financeira*. São Paulo, Editora da Revista dos Tribunais, 2014.