



**SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA**

DALZIMAR FONTES DE ANDRADE

**CONSIDERAÇÕES JURÍDICAS DAS RECEITAS PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DO
SALVADOR OBJETIVANDO A EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE,
CONFORME O PERCENTUAL MÍNIMO CONSTITUCIONAL E LEGAL**

**SALVADOR
2018**

DALZIMAR FONTES DE ANDRADE

**CONSIDERAÇÕES JURÍDICAS DAS RECEITAS PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DO
SALVADOR OBJETIVANDO A EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE,
CONFORME O PERCENTUAL MÍNIMO CONSTITUCIONAL E LEGAL**

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Católica do Salvador (UCSAL), como requisito parcial para aprovação no Programa do Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania.

Linha de Pesquisa: Políticas Sociais Universais, Institucionalização e Controle.

Prof. Orientador: Prof. Dr. André Alves Portella

**SALVADOR
2018**

Ficha Catalográfica. UCSal. Sistema de Bibliotecas

A553 Andrade, Dalzimar Fontes de

Considerações jurídicas das receitas públicas do Município do Salvador objetivando a efetividade do direito à saúde, conforme o percentual mínimo constitucional e legal / Dalzimar Fontes de Andrade. – Salvador, 2018.
93 f.

Orientador: Prof. Dr. André Alves Portella.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania.

1. Receita Pública 2. Efetividade 3. Direito à Saúde 4. Financiamento
5. Políticas Públicas 6. Cidadania I. Portella, André Alves – Orientador
II. Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação III. Título.

CDU 342.7:614(81)

TERMO DE APROVAÇÃO

DALZIMAR FONTES DE ANDRADE

**“CONSIDERAÇÕES JURÍDICAS DAS RECEITAS PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DO
SALVADOR OBJETIVANDO A EFETIVIDADE DO DIREITO SOCIAL À SAÚDE,
CONFORME O PERCENTUAL MÍNIMO CONSTITUCIONAL E LEGAL”**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em
Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 23 de novembro de 2018.

Banca Examinadora:



Prof. (a) Dr. (a) André Alves Portella - UCSAL (orientador)



Prof. (a) Dr. (a) Dirley da Cunha Júnior - UCSAL



Prof. (a) Dr. (a) Augusto de Oliveira Monteiro - UNIFACS

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e pela saúde que me permite lutar por meus objetivos.

À minha família, à minha noiva, aos meus amigos e aos colegas por todo carinho, apoio, força e ajuda de sempre.

Ao meu orientador Prof. Dr. André Alves Portella, por toda presteza, disponibilidade, apoio incondicional, amizade, demonstrando ser uma pessoa admirável e um exemplo de profissional.

Aos meus alunos que me incentivam à evolução constante.

RESUMO

O Estado, na sua acepção ampla, tem como objetivo principal alcançar o bem comum de todos. O direito à saúde, por ser indissociável ao direito à vida e essencial à concretização da dignidade da pessoa humana, integra o rol dos direitos indispensáveis para o mínimo existencial do indivíduo. Segundo o art. 196 da CF/88, a saúde é direito de todos e dever do Estado. Assim, percebe-se que tal norma é baseada em princípios, não indicando quais os instrumentos necessários para implementá-la. O seu art. 23, inciso II, prevê que é competência comum dos quatro entes cuidar da saúde, enquanto o artigo 24, no inciso XII, que esquadrinha a competência concorrente, se omite sobre a competência municipal para legislar sobre os cuidados da saúde. Todavia, este poderá, por previsão no art. 30, inciso I, II e VI: legislar sobre assuntos de interesse local (inclusive a saúde) e prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado (além das receitas próprias municipais) os serviços de atendimento à saúde da população. A efetividade deste direito social será investigada no Município do Salvador, a partir da análise de dados oficiais que delineiam as Políticas Públicas deste setor, conforme a estrutura de financiamento pública da saúde, pautada nas repartições de receitas tributárias inseridas na CF/88 e na Lei Complementar n. 141/12.

Palavras-chave: Receita Pública. Efetividade. Direito à Saúde. Financiamento. Políticas Públicas. Cidadania.

ABSTRACT

The State, in its broad sense, has as its principal objective the attainment of the common good of all. The right to health, because it is inseparable from the right to life and essential to the realization of the dignity of the human person, is part of the rights indispensable to the existential minimum of the individual. According to art. 196 of CF / 88, health is the right of everyone and the duty of the State. Thus, it is perceived that this norm is based on principles, not indicating which instruments are necessary to implement it. Its art. 23, item II, provides that it is the common competence of the four entities to take care of health, while article 24, in item XII, which examines competing competence, is omitted on the municipal competence to legislate on health care. However, this may, foreseen in art. 30, subsections I, II and VI: legislate on matters of local interest (including health) and provide, with the technical and financial cooperation of the Union and the State (in addition to the municipal own revenues) the health services of the population. The effectiveness of this social right will be investigated in the Municipality of Salvador, based on the analysis of official data that outline the Public Policies of this sector, according to the structure of public health financing, based on tax revenue breakdowns inserted in CF / 88 and Law Complementary n. 141/12.

Keywords: Public Revenue. Effectiveness. Right to Health. Financing. Public policy. Citizenship.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	06
2	A PRESTAÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE	09
2.1	O DIREITO À SAÚDE E O RESPECTIVO SERVIÇO PÚBLICO.....	09
3	A ESTRUTURA DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DO SALVADOR, A PARTIR DA CF/88	41
3.1	O ORÇAMENTO PÚBLICO MUNICIPAL DO SALVADOR.....	41
3.2	A VINCULAÇÃO DE RECEITAS ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO.....	45
3.3	O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO.....	48
3.4	A TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DA UNIÃO PARA O MUNICÍPIO.....	58
3.5	RECURSOS APLICADOS EM SAÚDE: AS FUNÇÕES DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (FNS) E DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS) DO SALVADOR.....	62
4	AS RECEITAS PÚBLICAS APLICADAS NA ÁREA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO SALVADOR	73
4.1	A LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE SALVADOR/BA.....	73
4.2	A LEGISLAÇÃO MUNICIPAL SOBRE O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE EM SALVADOR.....	74
4.3	ANÁLISE DOS RECURSOS DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SALVADOR.....	78
5	CONCLUSÃO	83
	REFERÊNCIAS	86

1 INTRODUÇÃO

O tributo sempre foi objeto de poder estatal, seja como instrumento de poder ou, simplesmente, para arrecadar bens e valores. No Brasil, com a evolução do sistema tributário e a garantia dos direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988, cabe analisarmos como a receita corrente derivada da tributação pode e deve ser direcionada como mecanismo de efetividade do direito social à saúde no Município do Salvador e, conseqüentemente, auxiliar a concretização da cidadania plena.

De acordo com o Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (CREMEB), além do baixo financiamento no setor da saúde, há um grande problema da sua gestão. Segundo o órgão, no ano de 2015, cerca de 15% (quinze por cento) do recurso para a saúde do país (aproximadamente R\$ 16 bilhões – dezesseis bilhões de reais) foi devolvido por falta de aplicação. Ou seja, não houve execução orçamentária.

Além disto, em Salvador, o CREMEB apontou a falta de leito hospitalar de responsabilidade do município. Pois, segundo o órgão, os leitos de Salvador são de responsabilidade da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Segundo os dados pesquisados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), juntamente com a ONG Contas Abertas, o Município de Salvador é a capital que menos aplica recursos, proporcionalmente, com a saúde pública de seus habitantes no País. Em 2014, foram investidos apenas R\$ 215,96 (duzentos e quinze reais e noventa e seis centavos) para cada habitante, ou seja, apenas R\$ 0,59 (cinquenta e nove centavos) por dia. Conseqüentemente, isto impacta diretamente na qualidade de vida da população soteropolitana.

Destarte, conforme a pesquisa do Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE), em agosto de 2016 (registrada no Tribunal Regional Eleitoral da Bahia (TRE-BA) sob o número 02257/2016, a saúde aparece como o principal problema que aflige a população soteropolitana, segundo 48% (quarenta e oito por cento) dos 602 eleitores entrevistados.

Esta insatisfação social é firmada, inclusive, por dados da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, exatamente no Plano Municipal de Saúde 2014-2017, que afirma que os problemas de gestão e serviços de saúde foram sistematizados obedecendo à categorização com base nos cinco componentes de

um sistema de serviços: infraestrutura, organização, gestão, prestação de serviço e financiamento.

A importância de uma adequada destinação da receita pública condizente com os cuidados à saúde dos moradores da cidade do Salvador motiva o fomento por uma pesquisa multidisciplinar a fim de agregar valores, conhecimentos, dados, princípios de outros ramos da ciência do saber que possam agregar qualitativamente à pesquisa.

Como o direito à saúde faz parte do Desenvolvimento Social e da Cidadania, é preciso perquirir como a Secretaria Municipal de Saúde do Salvador, juntamente com os órgãos que lhe compõe (Conselho Municipal de Saúde – CMS/SSA, Conselhos Distritais de Saúde – CDS, Conselhos Locais de Saúde – CLS, Conselho Municipal de Atenção ao Consumo de Substâncias Psicoativas) estão aplicando as receitas públicas destinadas à manutenção dos serviços públicos municipais.

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)¹ foi criado em 1991, através da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), pelo Decreto 100/91². A Funasa avocou as atribuições de controlar e processar as contas atreladas à saúde, que antes eram de competência da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DATAPREV). Desta forma, surgiu o DATASUS visando dar sustentáculo da área de informática, ao SUS, permitindo que este exerça suas funções com mais controle e planejamento.

O DATASUS possui mais de 25 anos de existência. E, neste período, já criou mais de 200 sistemas de informática que instruem e facilitam a atuação do Ministério da Saúde. Do ponto de vista municipal, o mesmo desenvolve *softwares* para as secretarias municipais de saúde, auxiliando a gestão pelos entes políticos.

Segundo o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), o Município do Salvador, através de Repasses de Financiamento, recebeu, até o dia 22/10/16, os seguintes valores, de acordo com cinco blocos: 1) Atenção Básica: R\$ 86.256.868,95 (oitenta e seis milhões, duzentos e cinquenta e seis mil, oitocentos e sessenta e oito reais e noventa e cinco centavos) / 2) Média e Alta Complexidade: R\$ 1.365.440.299,24 (um bilhão, trezentos e sessenta e cinco milhões, quatrocentos

¹DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

²FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1991/decreto-100-16-abril-1991-342868-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

e quarenta mil, duzentos e vinte e nove reais e vinte e quatro centavos) / 3) Assistência Farmacêutica: R\$ 23.298.136,06 (vinte e três milhões, duzentos e noventa e oito mil , cento e trinta e seis reais e seis centavos) / 4) Gestão do SUS: R\$ 6.089.800,00 (seis milhões, oitenta e nove mil e oitocentos reais) / 5) Vigilância em Saúde: R\$ 53.248.660,05 (cinquenta e três milhões, duzentos e quarenta e oito mil, seiscentos e sessenta reais e cinco centavos) / 6) Investimentos: R\$ 16.308.651,33 (dezesesseis milhões, trezentos e oito mil, seiscentos e cinquenta e um reais e trinta e três centavos).

Portanto, este trabalho visa demonstrar como as receitas públicas vêm sendo aplicadas na área de saúde, na cidade do Salvador/BA, efetivando este direito social imprescindível à cidadania, através do implemento de políticas sociais condizentes com as reais necessidades deste setor.

Em suma, os objetivos específicos desta pesquisa são: a) avaliar como o Município está cumprindo suas obrigações sociais positivas na seara da saúde, conforme as receitas públicas recebidas; b) analisar o vínculo entre as receitas públicas e as despesas necessárias ao custeio dos serviços públicos de saúde do município do Salvador; c) perquirir como se procede o financiamento, recebimento e gestão da receita pública no implemento de políticas sociais municipais, na área da saúde; d) esquadrihar, com base em dados oficiais, quais os principais problemas de saúde que afetam os cidadãos de Salvador; e) analisar como se procede a gestão e como é fundamentada a estrutura de decisão e plano de ação das políticas sociais destinadas ao setor de saúde em Salvador; f) investigar como uma alocação de verbas adequadas potencializam o bem-estar da população soteropolitana; g) desenvolver propostas para aperfeiçoar o combate às principais necessidades sociais no âmbito da saúde do Município, através de políticas de planejamento, gestão e ação condizentes com as reais necessidades no setor público de saúde.

2 A PRESTAÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

2.1 O DIREITO À SAÚDE

A essencialidade do direito à vida eleva esta proteção a nível universal, onde qualquer pessoa, em qualquer lugar, decorrente de qualquer situação, tenha direito às condições de saúde. Este é um direito ecumênico, que deve ser garantido por qualquer país.

O termo saúde se origina do latim *salute*, que significa conservação da vida ou salvação. No decorrer da história, a mesma foi concebida como estado da pessoa, onde a mesma apresenta funções orgânicas, físicas e mentais que se acham em situação saudável, ou seja, livre de doenças.³

Esta, segundo visão biomédica de saúde, foi a mais influente até a primeira década do século XXI. Não obstante, a mesma foi suscetível de forte influência de outras matizes, tais como: iniquidades e os efeitos sobre a saúde do ser humano⁴.

Desta forma, as desigualdades e suas correlações fomentaram a OMS a solicitar em 2005, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, que acabou sendo publicada em 2008 no Relatório denominado “*Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health*”, cuja tradução é: fechando a lacuna em uma geração: igualdade na saúde por meio da ação sobre determinantes sociais da saúde. Relatório final da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde.

Segundo este Relatório, a justiça social é uma questão de vida ou caso de morte. Atinge o forma de vida dos indivíduos, devido ao risco de contrair doenças e, até mesmo morte prematura. Desta feita, notório é que a expectativa de vida e a boa saúde permanecem aumentando consideravelmente em vários outros países, especialmente os mais desenvolvidos.

Não obstante, em muitos outros, a diferença da qualidade de acesso à saúde pode chegar a ser dramática, inclusive pela variação dos graus de diferenças sociais. Tudo isto repercutido ao longo da trajetória de vida das pessoas, onde as mesmas nascem, crescem, se desenvolvem, envelhecem e, antes da morte, podem

³SERAU JR, Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Claudia Crespo; COSTA, José Ricardo Caetano. **Direito e Saúde Construindo a Justiça Social**. São Paulo: LTR, 2016, p. 17.

⁴*Ibidem, loc. cit.*

ter a sua saúde direta ou indiretamente influenciadas por fatores sociais, políticos e econômicos.

No âmbito das políticas públicas, a importância de fatores deve ser direcionada desde o início da vida de uma pessoa; da atenção à gestante, à criança, à fase adulta até a velhice. Ainda segundo o Prefácio da Comissão do supramencionado Relatório *World Health Organization* (WHO, 2008),

Cada vez mais a natureza dos problemas de saúde de sua população, como a saúde é distribuída de forma justa por todo o espectro social e o grau de proteção oferecido a partir da desvantagem como resultado da falta de saúde⁵.

Por corolário, vários países fixaram políticas direcionadas a combater as desigualdades na saúde, obtendo bons resultados. Não obstante, na sua grande maioria, crises econômicas e políticas suplantaram estas diretrizes.

Ainda no que versa sobre as desigualdades no cerne da saúde, cabe citar a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde entabulada em 1978 na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, firmando um marco mundial que estimularam as políticas de saúde da década de 70⁶.

Esta Declaração ratifica justamente o já citado: que as grandes desigualdades na saúde à nível mundial, dentro dos países são fatos não aceitáveis, sob a ótica política, social e econômica. A riqueza deixada por este evento foi a concepção de saúde como direito humano universal, gerando, conseqüentemente, a ideia de que a atenção primária à saúde e a prevenção de doenças sejam acolhidas como as principais táticas para elevar o acesso à saúde ao alcance de todos.

Neste ponto, abre-se o devido espaço para perquirir quais seriam estas desigualdades mencionadas. De início, cabe elucidar que no domínio da União Europeia, usa-se a expressão “desigualdades”. Por outro lado, outros países, tais como os inseridos na América Latina, bem como os organismos internacionais como a OMS, acolhe-se o termo “iniquidades”. Do ponto de vista prático, ambos sinalizam os diversos níveis de injustiças sistemáticas e evitáveis que afligem a saúde do ser humano⁷.

⁵SERAU JR, Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Claudia Crespo; COSTA, José Ricardo Caetano. **Direito e Saúde Construindo a Justiça Social**. São Paulo: LTR, 2016, p. 17.

⁶*Ibidem*, p. 18.

⁷*Ibidem*, *loc. cit.*

Do ponto de vista mundial, há alguns critérios definidos para auxiliar na medição, visualização e implantação de medidas combativas contra as desigualdades, tais como, o índice de esperança de vida (IEV), que mede a quantidade de anos que um bebê recém-nascido tem chances de viver se os padrões de mortalidade indicados pela idade, que operam no momento do seu nascimento serão os mesmos durante a sua vida; variando, assim, de acordo com cada país pesquisado.

Consoante pesquisas da OMS, 93% (noventa e três por cento) das doenças afligem os países considerados em desenvolvimento, especificadamente os mesmos que precisamente consomem apenas 1% (um por cento) do gasto mundial no setor da saúde.

Em todas as sociedades, tanto os homens quanto as mulheres têm oportunidade de acessar de forma distinta os recursos particulares, sanitários e sociais. As diferenças no acesso aos dados, cuidados e políticas sanitárias básicas crescem muito mais com a potencialização dos riscos para a saúde das pessoas mais vulneráveis, que são as crianças, mulheres e idosos.

Cabe, também, pontuar que as iniquidades no espectro da saúde são várias e proporcionalmente vinculadas ao fator de crescimento da concentração de riqueza em poder de poucos. Assim entende o sexto *Global Wealth Report* (Relatório da Riqueza Global) realizado pelo Instituto de Pesquisa do *Credit Suisse*, publicado em 2015. Nele, foi previsto que apenas 1% da população mundial é detentora de um patrimônio aproximado de US\$ 760.000,00 (setecentos e sessenta milhões de dólares), tanto em pecúnia, quanto em patrimônio, o equivalente aos 99% (noventa e nove por cento) do restante da população mundial.

Assim sendo, as riquezas do mundo e os seus benefícios não são distribuídos de forma equânime. Por corolário, o crescimento econômico, sem o devido desenvolvimento estimula o agravamento de desigualdades em todas as esferas do ser humano. Segundo Marco Aurélio Serau Jr.:⁸

Tanto é assim que a maior parte dos problemas de saúde e as principais causas de morte prematura estão condicionadas por fatores de desigualdade determinados socialmente, como, *verbi gratia*, a falta de acesso e/ou baixa escolaridade; situação laboral irregular, precária e/ou análoga à de escravo; renda familiar inferior a 1,0 dólar ao dia; entorno degradado e exclusão social generalizada que prejudicam de forma

⁸SERAU JR, Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Cláudia Crespo; COSTA, José Ricardo Caetano. **Direito e Saúde Construindo a Justiça Social**. São Paulo: LTR, 2016, p. 18 e 19.

desigual a população constituindo-se em uma verdadeira fonte de enfermidades. Ainda que muitas vezes sejam intencionalmente instituídos e largamente anunciados pelos Meios de Comunicação de Massa em suas propagandas publicitárias diretas ou dissimuladas como causas de saúde deficitária, aqueles comportamentos pessoais que, se realizados, transladam as pessoas que os praticam, a carga de responsabilidade por não proteger sua própria saúde, quase nunca provêm de eleições estritamente pessoais e livres.

Desta feita, a importância internacional do direito à saúde foi prevista na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), que foi proclamada em 10 de dezembro de 1948, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, após aprovação pela Resolução n. 217⁹, na 3ª Sessão Ordinária, em Paris, especificadamente no seu art. XXV:

Toda a pessoa tem direito a um nível de **vida** suficiente para lhe assegurar e à sua família a **saúde** e o **bem-estar**, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade. (grifamos).

Igualmente como na Constituição da OMS, a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (DUDH) acolhe a ideia de saúde e bem-estar como elemento do direito de todos os indivíduos a um patamar de nível mais adequado, como estabelece o seu art. 25.

Direito este, inclusive, reafirmado e fortalecido no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) que, segundo Marco Aurélio Serau Jr.¹⁰ foi ratificado na 21ª Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas (1966), pela Resolução n. 2.200 A (XXI) que prevê no seu art. 12, I: “Os Estados-Partes no presente Pacto reconhecem o direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir”.

Portanto, o estabelecimento de políticas públicas focada nos Direitos Humanos exige uma orientação política explícita das políticas públicas adotadas pelos países compromissados com os citados direitos e princípios, como o da igualdade, não discriminação, participação, transparência das contas públicas etc.

A Declaração, criada em 1945 tem o intuito compromissório de manter a paz e segurança internacional e promover relações de amizade entre as nações, a

⁹UNICEF. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm>. Acesso em: 25 jun. 2018.

¹⁰SERAU JR, Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Claudia Crespo; COSTA, José Ricardo Caetano. **Direito e Saúde Construindo a Justiça Social**. São Paulo: LTR, 2016, p. 16.

cooperação internacional e o respeito aos direitos humanos. É formada por um preâmbulo e sete considerandos em que se reconhece a dignidade da pessoa humana, com base da liberdade da justiça e da paz.

Como a Declaração é dividida em 30 artigos reconhecendo os direitos fundamentais do homem, a mesma foi dividida em várias partes. O direito à saúde foi inserido na parte dos direitos sociais do homem (artigos 22 ao 28).

A Declaração tem natureza de resolução e recomenda aos Estados o respeito universal aos direitos e liberdades fundamentais da pessoa e o seu devido respeito e cumprimento. Não obstante, não apresenta instrumentos ou órgãos próprios visando cobrar o devido cumprimento dos direitos.

A ênfase concede dimensão social ao direito à saúde, considerado como direito fundamental do homem, por decorrência da ampliação exponencial e da complexidade do tratamento nesta área, que interfere direta e indiretamente no desenvolvimento e na melhoria das condições de vida da humanidade.

Ainda sobre a proteção constitucional do direito à saúde, segundo Clarice Seixas Duarte¹¹, o mesmo foi fruto entre o movimento sanitarista e o domínio privado, logrando êxito o primeiro. A consagração deste direito veio expressamente previsto no art. 6º¹² com viés universal e ampla diversificação de proteção à todos os riscos à saúde.

Neste ponto, a inclusão do princípio da universalização dos direitos sociais, tal como o direito à saúde, no Brasil, aconteceu de maneira tardia. Ao contrário de países europeus que acolheram o Estado de Bem-estar Social no período do capitalismo de enfoque industrial, em tempo do pós-guerra. Ou seja, a CF/88 abrigou o modelo de Estado Social no período de capitalismo financeiro em que, internacionalmente, havia o forte controle de gastos públicos. Por corolário, naturalmente, ocasionou-se o embate natural pela ampliação de direitos fundamentais no espectro fundamental, demandando diversos investimentos por

¹¹BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 90.

¹²O reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado pela Constituição Federal de 1988 (CF, arts. 6º e 196) foi extremamente significativo, incorporando ao rol de direitos protegidos pelo Estado um direito social de primazia grandeza. Esse reconhecimento expresso do direito à saúde pela Constituição foi fundamental para o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, especialmente com a criação constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) (CF, arts. 196 a 200). *Ibidem*, p. 115.

parte do Estado, ao ponto deste tentar diminuir ao máximo a sua participação efetiva na esfera social. Assim, assenta Clarice Duarte¹³:

Especificadamente no caso do direito à saúde, esse conflito acabou tomando maiores proporções pois, ao disciplinar essa matéria, a CF/88 acolheu o princípio da universalidade tanto na sua dimensão objetiva (atendimento integral e proteção contra todos os riscos) quanto subjetiva (direito de todos e dever do Estado).

No que tange a estas ações de saúde, há a dificuldade para escolher o quanto e como a Administração Pública deve implementar a execução dos gastos públicos, para que estas políticas avancem facilmente para a esfera individual. Portanto, é complexo o entendimento da política pública desconsiderando a visão macrosistemática, derivada da atenção ampla do direito e das necessidades envolvidas.

Segundo Hildebrando Accioly. G. E do Nascimento e Silva e Paulo Borba Casella¹⁴, muitos doutrinadores costumam pesquisar e estudar os direitos humanos dividindo-os em gerações ou dimensões, conforme fatores históricos que lhe serviram como inspiração.

Alguns autores retratam os direitos humanos, sob a ideia de dimensões e não gerações porque, segundo eles, o termo geração pode soar uma falsa ideia de uma categoria de direitos que substitui a outra, por ser considerada anterior.

O direito à vida saudável pode ser inserido na terceira fase. Nela, os direitos são assentados no princípio da fraternidade, ao lado do direito ao desenvolvimento, à paz, ao meio ambiente, à comunicação e ao patrimônio comum da humanidade.

Mesmo com certas críticas no que tange à natureza e à extensão dessa classe, tais direitos foram confirmados e previstos em diversos ordenamentos normativos, tais como a Constituição da República do Chile (no seu art. 19, § 8º); na Constituição Republicana da Coreia (no seu art. 35, 1) e na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88), no seu art. 225.

Perante o Direito Internacional Público, dentre a vasta gama de questões intrinsecamente internacionais que, por isto, exigem uma abordagem internacionalista, está o direito internacional sanitário. Nele, podemos destacar as

¹³BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 90.

¹⁴ACCIOLY, Hildebrando; SILVA, G. E. do Nascimento; CASELLA, Paulo Borba. **Manual de Direito Internacional Público**. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 520.

lutas contra epidemias, especialmente nas comunidades do Mediterrâneo, por volta do século XIV.

Segundo Hildebrando Accioly. G.E do Nascimento e Silva e Paulo Borba Casella¹⁵, o primeiro encontro mundial para tratar sobre esta temática foi em Paris, em 1851, onde o governo francês promoveu a primeira conferência sanitária internacional.

A partir dela, surgiu a obrigação de qualquer nação divulgar o surgimento de epidemias e a generalização de quarentenas. Logo após, em 3 de dezembro de 1903, foi assinada a Convenção Sanitária Internacional, modificada posteriormente em 1912, 1926 e em 1938.

Neste ritmo, em Roma, foi criado o Escritório Internacional de Higiene Pública, considerada a primeira instituição mundial dedicada à saúde. No art. 23 do Pacto da Sociedade das Nações, os estados-membros foram convidados a “tomar medidas de ordem internacional para prevenir e combater doenças.” Assim, nesta gestão e intenção, surgiu, dentre outros órgãos, o Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra/Hanseníase, no Rio de Janeiro.

Prossegue os autores¹⁶ acrescentando que o trabalho da Sociedade das Nações passou a ser exercido pelas Nações Unidas e, com tal desiderato, foi criada a Organização Mundial de Saúde (OMS ou *WHO*)¹⁷, sediada em Genebra. Dentre suas várias atribuições, podemos destacar:

- a) Erradicar as epidemias e as endemias;
- b) Estabelecer padrões internacionais para produtos biológicos e farmacêuticos;
- c) Auxiliar os governos;
- d) Coordenar atividades internacionais em matéria de saúde;
- e) Contribuir para o aperfeiçoamento do ensino médico.

Assim, as preocupações da ONU com a questão da saúde e suas nuances ensejaram na criação desta agência específica que é OMS. Os seus estatutos de fundação foram aprovados em 22 de julho de 1946, na Conferência Internacional da Saúde, convocada pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC/ONU ou *Economic and Social Council*), reunido em Nova York.

¹⁵ACCIOLY, Hildebrando; SILVA, G. E. do Nascimento; CASELLA, Paulo Borba. **Manual de Direito Internacional Público**. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 520.

¹⁶*Ibidem*, p. 521.

¹⁷ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>> Acesso em: 25 jun. 2018.

Considerando que a saúde é um bem-estar físico, mental e social que não é apenas a falta de doença, o preâmbulo da Constituição da OMS prevê:

Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social.

A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados.

Os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos (*WHO*, 1946). (grifamos).

Assim, o direito à saúde representa o estado completo, nas acepções físicas, mental e social, não apenas a ausência de enfermidade. Neste passo, o direito à saúde além de se enquadrar como a falta de doença, deve servir de norte para prevenção e recuperação da saúde.

Do ponto de vista histórico, o direito à saúde foi reconhecido após o fim da Segunda Guerra Mundial, momento de enaltecimento dos direitos humanos sob o enlevo da dignidade da pessoa humana.

O anteparo está no direito à saúde em documentos internacionais, tais quais a Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), o Pacto de Direitos Sociais, Econômicos e Culturais (1992), bem assim o Pacto de San Jose da Costa Rica (1992).

Na história brasileira, somente na Constituição Federal de 1934 houve menção ao tema e, ainda sim, vinculado ao direito do trabalho. Na carta política de 1937, a saúde foi relacionada ao bem-estar e desenvolvimento da criança e, na Carta Magna de 1946, a saúde veio entabulada como competência do ente federal.

No período excepcional de 1967 a 1969¹⁸, a saúde foi muito pouco vislumbrada. Somente na nossa Carta Política de 1988 que a mesma foi elevada ao patamar de ápice de ordenamento, considerando-o como direito fundamental dos cidadãos nos arts. 6º e 196 ao 200¹⁹.

¹⁸SERAU JR, Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Claudia Crespo; COSTA, José Ricardo Caetano. **Direito e Saúde Construindo a Justiça Social**. São Paulo: LTR, 2016, p. 76.

¹⁹“A partir dessa proteção constitucional e legislativa dada ao direito à saúde emergem deveres do Estado brasileiro que devem ser cuidados, sobretudo pelo Poder Executivo, por meio de políticas públicas. Não é por outra razão que o art. 196 da CF/88 dispõe que o direito à saúde será garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas. Nessa engrenagem jurídico-administrativa que orienta e efetivação do direito à saúde no país destaca-se o papel ativo dos poderes Executivo e Judiciário.” BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 117.

No aspecto da legislação infraconstitucional, o direito à saúde foi enaltecido pela Lei n. 8.080/1990, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), onde, no seu art. 1º, foi fixada a utilização de ações e serviços de saúde, implementados sozinhos ou coletivamente, de forma perene ou casuística, por pessoas físicas ou pessoas jurídicas. Infere-se que no seu art. 2º, foi sancionado a escolha do Poder Constituinte Originário, arrimando-o como direito essencial do ser humano, onde o Estado deve provê-lo oferecendo subsídios imprescindíveis para o seu devido cumprimento.

A Lei do SUS (Lei n. 8.080/90) é regulamentada pelo Decreto n. 7.508/11, dispondo sobre a organização deste sistema, o seu planejamento na área da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Segundo o art. 3ª deste decreto, a organização do SUS é constituída pela integração de ações e serviços de promoção, proteção e reparo da saúde implementada pelos entes federativos, direta ou indiretamente, através da participação complementar da iniciativa privada, sendo gerido, através da divisão em regiões e com grau de hierarquia.

Assim, as regiões de saúde são criadas pelo Estado, com o auxílio dos Municípios, levando em consideração as diretrizes criadas por comissões formadas por gestores. Estas devem possuir, no mínimo, prestações de serviços nos setores de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (art. 5º).

É importante ressaltar que estas Regiões de Saúde são referências para as transferências de repasses financeiros entre os entes federativos. Os entes federativos levarão em consideração alguns elementos para criação das Regiões de Saúde: seus limites geográficos; população usuária das ações e serviços; rol de ações e serviços que serão ofertados; respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços, consoante o seu art. 7º.

No que tange ao fator de hierarquização supramencionada, faz-se mister ressaltar como ocorre a sequência de acesso à saúde. Este, que deve ser de amplo acesso a todos, e de forma igualitária, indique que o acesso deve se iniciar pelas “Portas de Entrada” (art. 8º) do SUS, até chegar na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a dificuldade do serviço. Conforme este Decreto, entende-se por “Porta de Entrada”, conforme o art. 2º, III, como os serviços de atendimento inicial à saúde do usuário do SUS. E, segundo o art. 9ª, consideram-se

como portas de entrada os serviços de: atenção primária; atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto. O decreto permite, também, que, com base em justificativa técnica e, de acordo com o deliberado nas Comissões Intergestores, que os entes federativos criem novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, levando em consideração as características da Região de Saúde. Esta, segundo o art. 1º, inciso I, do Decreto n. n. 7.508/11²⁰ é:

O espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de **Municípios** limítrofes, delimitado a partir de **identidades culturais, econômicas e sociais** e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; [...] (grifamos).

Neste passo, os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, ou outros de maior complexidade e/ou necessidade tecnológica, serão lastreados pelas “Portas de Entrada”.

Já as Comissões Intergestores fazem parte da Articulação Interfederativa. Elas compõem a estruturação de ações e serviços de saúde dispostos em redes de atenção neste setor. Consoante o art. 13, os interesses dos Municípios podem ser representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS). E cabe a estas Comissões:

- I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;
- II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;
- III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;
- IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e
- V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência. (art. 32).

²⁰BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 12 set. 2018.

Um critério importante para delinear o crivo de atendimento individualizado foi fincado no art. 11 do decreto. Nele, é previsto que o acesso à saúde deve ser embasado na gravidade do risco individual e/ou, até mesmo, coletivo; além do critério cronológico. Deve-se observar, também, as necessidades das pessoas que exigem proteção especial, com anteparo nas legislações específicas, tais como a Lei n. 13.146/2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, também intitulada de “Estatuto da Pessoa com Deficiência”, cujo assunto da saúde é incluída em capítulo inteiro (III – Do Direito à Saúde) consubstanciado pelos arts. 18 ao 26.

Outro importante fator a ser considerado é que, o decreto não se preocupou apenas como e onde se dará o início ao atendimento. O mesmo prevê, no seu art. 12, que deve ser mantida a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas nuances, desde os atendimentos hospitalares até os de outras unidades que fazem parte da rede de atenção da respectiva região; e esta continuidade será regrada pelas Comissões Intergestores.

Estas comissões são importantes, inclusive, para a integralidade da assistência à saúde. Esta, com espeque no art. 20, inicia-se e completa-se na Rede de Atenção à Saúde, por meio de direcionamento do usuário à rede regional e interestadual, pautado nas deliberações das Comissões Intergestores.

Para fins de direcionamento, economicidade e efetividade na prestação dos serviços de saúde, implementando o “acesso universal, igualitário e ordenado”, o art. 13 prevê as seguintes obrigações aos entes federativos, incluindo o Município: garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde; orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde; monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde e ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

E, para o fiel cumprimento das obrigações acima, caberá ao Ministério da Saúde, a disposição de requisitos, formas, direcionamentos e quaisquer outras decisões que auxiliem os entes federativos nesses desideratos.

Destarte, o decreto em voga não se preocupa apenas com a execução do serviço em si, mas com a disponibilidade orçamentária para pôr em prática as políticas públicas de saúde. Para isto, o Capítulo III – Do Planejamento da Saúde, art. 15, prevê que haja um planejamento neste setor, de forma ascendente e integrado, do nível Municipal (local) até perante a União (federal), respeitados os

Conselhos de Saúde, sem olvidar-se das necessidades de amoldar as políticas de saúde às disponibilidades financeiras. Assim, este planejamento é obrigatório a todos os entes públicos e servirá para nortear as políticas de iniciativa privada, compatibilizando-se inclusive com as metas dos planos de saúde.

Por conseguinte, o Conselho Nacional de Saúde fixará as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, conforme as informações epidemiológicas e do arranjo de serviços dos entes políticos e das Regiões de Saúde.

Impende pontuar que o capital privado não foi esquecido. O art. 16 prediz que, neste planejamento, devem ser considerados os serviços e as ações oferecidas pelos empreendimentos privados, sejam estes para complementar ou não o SUS, devendo os mesmos comporem os Mapas da Saúde nos âmbitos regionais, estaduais e nacionais. Segundo o art. 2º, inciso V, o Mapa da Saúde é a:

[...] descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema.

O Mapa da Saúde serve para pontuar as necessidades de saúde e guiar o planejamento integrado dos entes federativos, colaborando para a criação de metas de saúde.

Outro ponto aspecto do ponto de vista municipal é que, para a criação do planejamento da saúde, este deve levar em consideração as necessidades dos Municípios, para fins de estabelecimento das metas de saúde, por força do art. 18.

Toda a sistemática de ações na seara da saúde, a nível nacional perpassa pela Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), incorporado pelos arts. 21 a 24, que engloba todas as ações e serviços que o SUS oferece ao cidadão, compondo a integralidade da assistência à saúde.

No caso dos Municípios, a estes foi atribuído liberdade para adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em respeito com as diretrizes do RENASES. Não obstante, aos próprios Municípios, por força do art. 24, caberá a responsabilidade pelo financiamento destas ações.

Outro importante instrumento formal de integração entre os entes políticos é o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (arts. 33 e 34). Este instrumento tem natureza jurídica de acordo, onde os entes colaboram entre si para disposição

de rede interfederativa de atenção à saúde, estabelecido por este contrato. O mesmo tem como mote a estruturação e a conexão das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade de cada ente político, que deve cobrir a integralidade da proteção à efetiva assistência aos usuários.

Impera enaltecer que, assim como o contrato cria obrigações, o mesmo, também, estabelece deveres aos entes. Estes serão responsáveis individualmente e solidariamente pelos serviços e ações no ramo da saúde, além dos “indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros” (art. 35), que serão disponibilizados, bem como as regras que permitam a fiscalização e o controle do implemento destas ações.

Neste ponto, volta o Ministério da Saúde a atuar, delineando apontadores nacionais de suporte de acesso às ações e aos serviços de saúde na esfera do SUS, conforme as diretrizes fundadas pelo Plano Nacional de Saúde.

No que tange ao controle destas obrigações, regras e metas, caberá ao Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS (art. 40) fazer esta fiscalização do Contrato Organizativo, cabendo aos seus partícipes o monitoramento e a execução do mesmo.

Por derradeiro, caberá ao Ministério da Saúde fixar aos órgãos de controle interno e externo quaisquer eventuais desrespeitos sem justificativa aos mandamentos previstos neste Decreto.

Outro importante órgão é o Observatório Mundial da Saúde (*Global Health Observatory – GHO*). As pesquisas deste órgão são disponibilizadas na internet, tais, como o Informe Anual sobre Estatísticas de Saúde, onde é possível localizar a carga global de enfermidades e aproximadamente seis milhões de dados sobre a saúde. Estes dados se referem à situação da saúde no mundo todo, às tendências do Brasil e dos demais países, aos financiamentos no setor, aos serviços disponíveis e aos efetivamente prestados, à mensuração de riscos e estipulação complexa de carga da falta de implemento da saúde no Brasil e no mundo²¹.

Isto porque a preocupação com a saúde é universal; todos os países tem este tipo de assunto em sua pauta de demandas e interesses a fim de políticas públicas específicas. Ademais, esta preocupação não é apenas dos entes públicos. As pessoas, independentemente de idade, gênero, religião, nacionalidade, profissão,

²¹SERAU JR, Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Claudia Crespo; COSTA, José Ricardo Caetano. **Direito e Saúde Construindo a Justiça Social**. São Paulo: LTR, 2016, p. 16.

condição socioeconômica etc., preocupam-se com a sua própria saúde e a dos seus semelhantes, já que esta é um bem de grande valor. É consabido que fatos que atingem uma boa saúde atingem não apenas a própria pessoa, como a toda uma comunidade.

Outrossim, além da OMS, existem, também, outras organizações internacionais regionais, como Instituto Interamericano de Saúde, com sede em Washignton, D. C, com vínculo perante a OEA²².

A OMS²³ foi criada em 1946, tem sede na cidade de Genebra e tem como escopo o alcance do mais elevado índice de saúde para todos os povos do planeta, combatendo a mortalidade infantil, incentivando a recuperação de portadores de deficiência, dentre outros objetivos. Foi, de fato, fundada em 7 de abril de 1948, quando os 26 integrantes das Nações Unidas ratificaram os seus estatutos. Conforme o art. 1º da sua Constituição, a OMS tem como objetivo principal resguardar o mais primordial nível de saúde para todas as pessoas.

Assim como se estabelece na sua constituição, a OMS tem como objetivo fulcral que todos os povos possam gozar do máximo de saúde possível. Segundo esta organização, a saúde não é apenas a falta de doenças ou enfermidades, mas sim um estado de completo bem-estar físico, mental e social das pessoas.

Dentre as suas funções, podemos dar ênfase à erradicação das epidemias e endemias; à assistência técnica e os serviços sanitários; o auxílio aos governos e as pesquisas sobre saúde. São órgãos que a compõe: a Assembleia Mundial de Saúde, o Conselho Executivo e o Secretariado.

Do ponto de vista pátrio, não é demais lembrar que, consoante Valeiro de Oliveira Mazzuoli²⁴, a OMS nasceu de uma iniciativa do Brasil, através da delegação da Conferência de São Francisco de 1945.

Segundo José Afonso da Silva²⁵, a primeira constituição a conceder a saúde como um direito fundamental do indivíduo e interesse da coletividade foi a Constituição Italiana, no seu art. 32. Logo após, a Constituição portuguesa lhe deu uma formulação universal mais objetiva (art. 64) do que a carta espanhola (art. 43) e

²²ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMÉRICANOS (OEA). Disponível em: <<http://www.oas.org/pt/>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

²³ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

²⁴MAZZUOLI, Valério de Oliveira. **Curso de Direito Internacional Público**. 4. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010, p. 587.

²⁵SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 22. ed. Malheiros: São Paulo, 2003, p. 307.

da Guatemala (arts. 93-100). Ambas fazem elo entre a saúde e a seguridade social, formando a ordem social, dando ênfase aos aspectos de prevenção, pela Medicina curativa.

Citando Gomes Canotilho e Vital Moreira, prossegue José Afonso da Silva²⁶ dissecando que a saúde, assim como os demais direitos sociais em geral, possui duas vertentes: uma negativa e uma positiva.

A primeira consiste no direito de exigir do Estado (ou particulares) que se deixem de fazer qualquer ato que atinja a saúde. Já a positiva visa implementar mecanismos estatais objetivando ações estatais de prevenção de doenças e os seus respectivos tratamentos.

Ou seja, é atribuição do Poder Público não apenas manter o cidadão são, como evitar que ele adoença. E, para isto, é preciso recursos públicos que efetivem este direito fundamental.

Pode-se rememorar, também, que, na Alemanha, onde não há previsão expressa de previsão constitucional de muitos direitos sociais, tanto a doutrina quanto a jurisprudência caminham reconhecendo a “garantia ao mínimo existencial”, apoiando a necessidade de o Estado Social intervir para assegurar a existência vital do indivíduo²⁷.

Neste ponto, as concepções dinâmicas das políticas incluem relações com mecanismos jurídicos vinculados à sua operacionalização²⁸, sem olvidar a correlação dos gastos públicos em saúde, por parte dos entes federativos. Neste ponto, bem observa Maria Paula Dallari Bucci²⁹:

Os **sistemas públicos de saúde** são, em todo o mundo, a começar pelo National Health Service inglês, os maiores emblemas do Estado Social e de

²⁶SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 22. ed. Malheiros: São Paulo, 2003, p. 307.

²⁷CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional**. 9. ed. Salvador: JusPodivm, 2015, p. 613.

²⁸“Esse conjunto normativo oferece as bases legislativas de reconhecimento e proteção do direito à saúde no Brasil. Entre outras disposições, apresentam um conceito jurídico de saúde (ainda que seja um conceito aberto), detalham o dever do Estado com relação ao direito à saúde, por meio de dispositivos que estruturam o sistema público de saúde, e tornam claros seus princípios, diretrizes, objetivos, competências e fontes de financiamento, assim como orientam a organização, direção e gestão do sistema e a forma como estão distribuídas as tarefas entre as três esferas de poder. Destaque-se que a Lei n. 8.142/1990 inovou em termos de gestão participativa do Estado e criou instituições participativas e democráticas para atuarem de forma integrada com o Estado, tais como os conselhos de saúde e as conferências de saúde.” BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 116.

²⁹BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 46.

sua característica intervenção sobre o mercado para a provisão de **serviços que minimizem a desigualdade de oportunidades e favoreçam a realização da justiça social**. Sem eles, a concepção puramente liberal da escolha individual de serviços médicos não tem outra resposta senão a desproteção de vastos contingentes de população que não tem meios para pagar por eles, o que ocorre mesmo em países ricos e desenvolvidos, como é o caso dos Estados Unidos. (grifamos).

Nota-se, então, que a CF/88 implantou o direito à saúde como direito público subjetivo, este sendo direito de todas as pessoas, assim como as políticas sociais e a promoção igualitária e universal de ações para a ascensão do mesmo como direito fundamental.

Mantendo o âmago de proteção fundamental, cabe assentar os princípios garantidores do direito à saúde, sobre os quais previu a nossa CF/88, a Lei 8.080/90, com especial enfoque ao princípio da dignidade da pessoa humana, do mínimo para uma existência digna, da reserva do possível, da igualdade e universalidade, da prevenção e precaução³⁰.

Com fulcro em Ingo Wolfgang Sarlet, a dignidade da pessoa humana é detentora de funções defensivas e assistenciais. A defensiva está adstrita à natureza de limitação da atuação do poder estatal. Por outro lado, a função assistencial vincula-se ao agir estatal como agente provedor de políticas públicas primando pela proteção do cidadão. Assim dissecou Ingo Wolfgang Sarlet³¹:

[...] qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma **vida saudável**. (grifamos).

Na esfera administrativa, averigua-se este mandamento de otimização como norteador para ação do estado, já que, por ele, deve-se garantir e promover políticas públicas condizentes com o direito fundamental à saúde, servindo, de tal modo o SUS como garantia deste direito. Neste ritmo, Marga Inge Barth Tessler complementa:

A fundamentalidade material encontra-se na relevância da **saúde, como bem tutelado, por ser diretamente relacionado a direitos maiores, como o direito à vida e à dignidade humana**. Encerra em si um direito do qual deflui um dever fundamental, como diz expressamente o art. 196: "A

³⁰SERAU JR, Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Claudia Crespo; COSTA, José Ricardo Caetano. **Direito e Saúde Construindo a Justiça Social**. São Paulo: LTR, 2016, p. 76.

³¹SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001, p.60.

saúde é dever do Estado.” Daí se pode afirmar que o **direito à saúde depende de procedimentos, suportes, estrutura, organização para que possa ser efetivado, necessitando ademais de normas organizadoras sobre os modos e a possibilidade de exercer a sua fruição.** (grifamos)

³².

No âmbito internacional, a dignidade da pessoa humana é prevista no art. 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos e, no Brasil, entabulado no art. 1º da CF/88. Por conseguinte, o princípio da dignidade da pessoa humana é considerado como elementar à condição do ser humano, sobressaindo-se frente à igualdade e liberdade. Tanto assim, o mesmo é previsto em diversas constituições e declarações mundiais, desde os seus respectivos primeiros artigos.

No Brasil, o princípio foi culminado como fundamento do Estado Democrático de Direito, integrando-se aos demais dispositivos legais, como elemento pré-jurídico, com sobrevalorização por ser irrenunciável, intangível, intransferível e inalienável, da personalidade de todo o ser humano.

Os princípios constitucionais da igualdade e da universalidade preveem o elo entre o usuário e o SUS, tolhendo qualquer diferenciação entre aqueles, sob qualquer aspecto (nacionalidade, idade, gênero, profissão, estado civil, condição social, econômica ou cultural). Desta forma, qualquer pessoa, até mesmo o estrangeiro poderá acessar o SUS.

O princípio da universalidade veio regulado pelo art. 196 da CF/88, onde as políticas públicas devem assegurar o acesso de todos à saúde, já que o Estado é o seu garantidor universal por intermédio de suas políticas socioeconômicas, de proteção à saúde.

Alude-se que a universalidade é vinculada pelo amplo acesso igualitário de todas as pessoas a todos os tipos de serviços de saúde, conforme as suas necessidades médicas. E isto representa a justa disponibilidade de vivência real da cidadania, sem indagar-se a origem ou condição social do ser. Assim enaltece Marga Inge Barth Tessler³³:

Os serviços de saúde devem ser prestados de maneira uniforme e indiferenciada a todos, sem privilégios ou preconceitos. O princípio foi estabelecido para **sepultar a política de favores, ou a cultura do favor, ou a ideia de quem não podia pagar seria tratado como indigente.** Por

³²TESSLER, Marga Inge Barth. “As recomendações do Conselho Nacional de Justiça em face das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde”. **Revista de Doutrina da 4ª Região**. Porto Alegre, n. 42, jun. 2011, p. 10. Disponível em: <http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao042/marga_tessler.html>. Acesso em: 25 ago. 2015.

³³*Ibidem*.

outro lado, o princípio da igualdade não tolera distinção entre usuários pagantes e não pagantes. Era a chamada “diferença de classe”, isto é, a separação de ambientes, o oferecimento de melhores acomodações e refeições aos que podiam pagar. Tudo isso desprestigia o princípio da igualdade e não contribui para a prestação de um serviço digno e eficiente para todos. Por outro lado, a igualdade deve ser compreendida dentro da universalidade. Todos estão incluídos e são iguais em considerações e direitos. (grifamos).

Em suma, os supramencionados princípios se complementam e devem ser aplicados conjuntamente mirando uma devida e justa aplicação administrativa e judicial, de forma integrada e atendendo às necessidades econômico-financeiras do cidadão, que, pelo já exposto, não sofre nenhum tipo de limitação jurídica constitucional ou infraconstitucional.

Da intelecção dos arts. 196, 198 e 200 da CF/88, é preciso exercer o controle sanitário e epidemiológico visando a promoção da prevenção e recuperação de determinado cidadão, cuja carga axiológica enseja a aplicação dos princípios da prevenção e recuperação da saúde do indivíduo.

Segundo o Marga Inge Barth Tessler³⁴, o princípio da prevenção é adstrito às ações futuras com base na previsão de fatos negativos ou incertezas sobre as suas consequências, de certa forma já conhecidos e previsíveis.

De modo diametralmente oposto, o princípio da precaução é baseado na incerteza do acontecimento ou ausência de domínio científico sobre o fato futuro.

Assim esclarece Marga Inge Barth Tessler³⁵:

O princípio da prevenção está diretamente ligado à antecipada previsão de acontecimentos negativos ou incerteza sobre consequências e acontecimentos. Já o princípio de precaução significa que se há de agir antecipadamente frente a uma dupla fonte, a incerteza que é a ausência de conhecimento científico e o próprio perigo conhecido. Não é só exortação à tomada de cautela, mas significa a necessidade de práticas de ações, como, por exemplo, pesquisas ou até medidas extremas como barreiras alfandegárias ou a destruição de produtos diante da ameaça de danos sérios e irreversíveis. A prevenção está genericamente no art. 2º da Lei n. 6.939/1981, não é estática, atualiza-se constantemente. Prestigia-se a precaução quando se permite que o SUS propicie tratamento sem comprovação científica estabelecida. A obrigatoriedade de registro e aprovação de medicamentos pela Anvisa é outro exemplo de aplicação do princípio. **A saúde é um campo em que o risco é onipresente. Há comportamentos e estilos de vida arriscados.** Os procedimentos médicos e terapias envolvem riscos e efeitos colaterais. O princípio da precaução tem como objetivo preservar os benefícios do desenvolvimento

³⁴TESSLER, Marga Inge Barth. “As recomendações do Conselho Nacional de Justiça em face das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde”. **Revista de Doutrina da 4ª Região**. Porto Alegre, n. 42, jun. 2011, p. 10. Disponível em: <http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao042/marga_tessler.html>. Acesso em: 25 ago. 2015.

³⁵*Ibidem*.

científico, agindo antecipadamente no sentido de assegurar a saúde pública. (grifamos).

Por conseguinte, por meio do princípio da prevenção, visa-se impedir a materialização de riscos de danos à saúde, pois o princípio da precaução propõe-se a agir na órbita científica para evitar maiores danos de algo que ainda não se sabe ao certo cientificamente, mas que podem vir a acontecer.

Entabulado no art. 198, inciso II, da CF/88, o princípio da prevenção cogita que a saúde pública vise promover atividades preventivas à população. Nisto, incluem-se tanto atividades direcionadas a evitar o acometimento de doenças, através do avanço científico, quanto a demarcação de políticas públicas centralizadoras no saneamento de nível básico e a racionalização no que tange à percepção de uma saúde individual.

Portanto, o art. 196 da CF/88 situa a saúde como, além da carência de enfermidades, também se inclui o arrefecimento do risco de contrair moléstias, bem como a implementação das medidas de combate às mesmas.

Corroborando com este intento, a Lei 8.080/90, no seu art. 6º, I, “d” prevê que é atribuição do SUS: “I - a execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; e d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; [...]”.³⁶

Em síntese, tanto pelas normas constitucionais quanto pelas legais, nota-se a importância de medidas de precaução e preventivas que reflitam no aumento da quantidade e qualidade dos serviços públicos, mais o amplo fornecimento de medicamentos, avanços nas pesquisas científicas, tudo a fim de maximizar a efetividade do direito à saúde do cidadão soteropolitano.

Por corolário do art. 198 da CF/88, é responsabilidade dos entes federativos (União, Estados, Distrito Federal e os Municípios) a gestão do SUS. E, através da Lei 12.401/2011, que alterou a lei do SUS (Lei n. 8.080/90), bem como o Decreto n. 7.508/2011, é que estes entes tiveram as suas atribuições bem delineadas.

A diferenciação das suas respectivas competências deve ser interpretada como o modelo de organização e, conseqüentemente, prestação do serviço público

³⁶BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 jun. 2018.

de saúde, mirando prestar o atendimento seguindo o princípio da eficiência administrativa.

Mormente as previsões de atribuições dos respectivos entes, o entendimento jurisprudencial vem sendo no sentido de que há responsabilidade solidária entre os mesmos. Destarte, fica afastada a eventual alegação de litispendência, litisconsórcio passivo necessário ou conexão de eventuais ações ajuizadas pelo mesmo demandante na Justiça Federal ou Estadual, cabendo a este a liberalidade de escolher contra quem deseja litigar.

No Brasil, o direito à saúde, como bem extremamente importante à vida humana, é previsto expressamente no art. 6º da nossa CF/88 compondo o rol de direitos sociais. Estes representam uma garantia constitucional de provimento de condições mínimas e fundamentais para uma existência digna. Foi concebido, então pela Carga Magna como condição imprescindível de direito fundamental do homem.

Na Constituição anterior (1967), já havia norma constitucional que tratava sobre a saúde, prevendo competência da União para legislar sobre a defesa e a proteção da saúde. Não obstante, esta norma visava a organização administrativa de combate às endemias e epidemias.

Destarte, o princípio da dignidade da pessoa humana é o melhor fundamento, dentre outros, para elevar o direito à saúde como um direito público subjetivo aos recursos materiais elementares ao seu implemento e, consoante o princípio da igualdade que deve ser de amplo acesso a todos.

Outrossim, a dignidade da pessoa humana apenas estará assegurada quando for possível uma plena fruição dos direitos fundamentais, o que enseja o pleno desenvolvimento da personalidade, incluindo a necessidade de uma vida saudável.

Muito mais do que prevê um direito, o art. 23, II da CF/88 prevê a competência comum à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios zelar pela saúde, sem olvidar da competência legiferante (art. 24, XII). Vejamos:

CAPÍTULO II DOS DIREITOS SOCIAIS

Art. 6º São direitos sociais a educação, a **saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015)

Art. 23. É **competência comum** da **União**, dos **Estados**, do **Distrito Federal** e dos **Municípios**:

II - **cuidar** da **saúde** e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

Art. 24. Compete à **União**, aos **Estados** e ao **Distrito Federal legislar concorrentemente** sobre:
XII - previdência social, proteção e **defesa da saúde**; (grifamos)³⁷.

Devido à sua essencialidade, é considerado por muitos³⁸³⁹ como direito fundamental do homem. Consoante José Afonso da Silva, trata-se de um direito igual à vida de todos os seres humanos que, em casos de doença, devem ter direito a um tratamento condigno conforme o estado hodierno da Medicina, sem limitação por condições econômicas, sob pena de desvalorização da constituição de normas constitucionais que entabulam este direito que para ele, é considerado como “direito social do homem como consumidor”.

A efetivação do direito social à saúde precisa obviamente da existência de infraestrutura física, tais como hospitais, maternidades, postos de saúde, disponibilidade de vagas e leitos, fornecimento gratuito de medicamentos, contratação de profissionais que prestem serviços públicos de saúde etc.

Não obstante, a efetividade é de difícil alcance, pois o Estado não tem condições fáticas de prover a saúde de todos. Assim critica José Afonso da Silva⁴⁰:

Os **conservadores criticam o texto constitucional**, sob argumento de que é **impossível** um direito à saúde, porque **não haveria como dar saúde**, já que essa é uma **questão fisiológica, que foge ao arbítrio do Poder Público**. Esse modo de encarar a saúde seja a ser **mesquinho** e parco de **sensibilidade**. (grifamos).

Neste ponto, na falta ou insuficiência dessas prestações materiais, sem discussão, cabe ao cidadão buscar, via judicial, o seu direito originário à prestação. Ao Estado, deve ser dirigido a obrigatoriedade de providenciar materiais imprescindíveis à efetiva prestação do direito em pauta.

Por consequência, surge um direito subjetivo de conteúdo duplo. O não cumprimento das ações estatais concede azo ao possível ajuizamento da ação de inconstitucionalidade por omissão (art. 102, I, alínea “a”, e 103, § 2º, CF/88).

³⁷“A Constituição de 1988 foi detalhista na conformação do direito à saúde no país. Seus artigos 23, II, e 24, XII, dispõem sobre as competências dos entes federativos em matéria de proteção e defesa da saúde. O art. 23, II, dispõe ser competência comum da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal ‘cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências.’ Pela competência comum, fixada na CF/88, todos os entes federativos são responsáveis pela execução de ações e serviços destinados a cuidar da saúde e devem se articular em um federalismo cooperativo. BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 115.

³⁸SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 22. ed. São Paulo: Malheiros, 2003, p. 307.

³⁹CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional**. 9. ed. Salvador: JusPodivm, 2015, p. 611.

⁴⁰SILVA, José Afonso da. *Op. Cit.*, p. 781.

Já o seu não implemento, na prática, se for por falta de regulamentação, pode ensejar a impetração de mandado de injunção, com arrimo no art. 5º, LXXXI, da CF/88, mesmo que o STF continue a entender que esta ação não tem a função de regulação, em casos concretos, do direito à saúde⁴¹.

Acresce Dirley da Cunha Júnior⁴² que, a preocupação estatal preponderante faz parte de qualquer Estado que se preocupa com o valor da vida humana, fincando o direito subjetivo público à saúde. Sendo assim, brilhantemente assenta o autor⁴³: “Desse modo, é obrigação do Estado Social proporcionar ao indivíduo os recursos necessários à garantia de um padrão mínimo de satisfação das necessidades pessoais, como modo de realização de sua plena felicidade”.

Assim, não se deve olvidar da atuação do Ministério Público que, através da Ação Civil Pública, pode provocar a atuação do Poder Judiciário objetivando o controle da omissão total ou parcial de inconstitucionalmente do poder público no implemento das ações e serviços públicos de saúde. Isto caso seja verificado, por exemplo, que determinado ente público municipal não está implementando o seu dever constitucional de assegurar o direito à saúde; ou diante da inexistência ou insuficiência de prestação dos serviços públicos de saúde naquela Município. E não apenas isto, Dirley da Cunha Júnior⁴⁴ vai além:

A **providência judicial** é **simples**. Assim, na **falta** de um **posto médico** ou **unidade hospitalar necessária** para a assistência da comunidade local, a decisão poderá consistir na **condenação** do **ente estatal** a **construí-la** e **fazê-la funcionar regularmente** ou a **cobrir** os **custos** de um **serviço prestado** pela iniciativa **privada**. Se **não** adotada **nenhuma** dessas providências, resta, lamentavelmente, a **indenização** dos **parentes** pela **perda irreparável** da **vida humana**, em **consequência** da **falta** do **serviço** público de saúde. (grifamos)

Percebamos que o tema da saúde é demasiado importante para nossa Carta Magna. Tanto assim, é entabulado no art. 34 a CF/88 a possibilidade intervenção caso não seja aplicada a quantidade mínima de recursos destinados à saúde:

CAPÍTULO VI
DA INTERVENÇÃO

Art. 34. A União **não intervirá** nos Estados nem no Distrito Federal, **exceto** para:

⁴¹SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 22. ed. São Paulo: Malheiros, 2003, p. 309.

⁴²CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional**. 9. ed. Salvador: JusPodivm, 2015, p. 611.

⁴³*Ibidem*, p. 612.

⁴⁴*Ibidem*, *loc. cit.*

e) **aplicação** do **mínimo** exigido da **receita** resultante de **impostos** estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e **serviços** públicos de **saúde**. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

Art. 35. O Estado **não intervirá** em seus Municípios, nem a União nos Municípios localizados em Território Federal, **exceto** quando:

[...]

III – **não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita municipal** na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e **serviços públicos** de **saúde**; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000) (grifamos)⁴⁵.

A noção de serviço público sofreu consideráveis transformações ao longo do tempo, no que tange aos seus elementos caracterizadores e à sua abrangência. Além disto, há uma variação entre o seu alcance amplo e restrito de interpretação e, também, à combinação de três elementos norteadores: subjetivo (participação do Estado), formal (procedimento de direito público) e material (atividades de cunho coletivo).

De acordo com pesquisas de Maria Sylvia Zanella Di Pietro⁴⁶, as primeiras noções de serviço público surgiram na França, com a denominada Escola de Serviço Público e, devido à sua grande amplitude, chegaram a alcançar várias outras atividades do Estado.

Na concepção estrita, o serviço público se enquadra como todas as atividades do estado exercidas pela Administração Pública, com exclusão das funções legislativa e jurisdicional. Ademais, consideram-se como uma das atividades administrativas completamente diferentes do poder de polícia estatal. Distinguiu-se, então, atividade jurídica e atividade social. Nesta, a Administração deve cuidar de assuntos de interesse coletivo, primando pelo bem-estar e o progresso social, por meio do fornecimento de serviços aos particulares. É o serviço público, propriamente dito.

As ações e serviços de saúde, por serem de relevância pública, ficam, nos termos da lei, submetidos ao seu regramento, controle e fiscalização. Mesmo que haja a possibilidade de delegação para terceiros, sejam estas pessoas físicas ou jurídicas de direito privado, como o Poder Público é o responsável direto ou indireto,

⁴⁵BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

⁴⁶DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2010, 2010, p. 99.

ele detém o “poder de dominação”⁴⁷, que é a expressão do tipo controle acrescido da função de fiscalização.

A execução de serviços de saúde pode ser executada pela Administração direta (Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais), fora a possibilidade particulares (pessoas físicas ou jurídicas de direito privado) poderem prestar estes serviços. Trata-se de delegação de serviço público. Lembremo-nos que estes terceiros podem ser entidades públicas ou paraestatais autônomas.

Toda esta possibilidade jurídica, de acordo com Di Pietro⁴⁸, é considerada como “crise na noção de serviço público”:

Paralelamente, outro fenômeno se verificou; o Estado percebeu que não dispunha de organização adequada à realização desse tipo de atividade; em consequência, passou a **delegar a sua execução a particulares**, por meio dos contratos de concessão de serviços públicos e, posteriormente, por meio de pessoas jurídicas de direito privado criadas para esse fim (empresas públicas e sociedades de economia mista), para execução sob regime jurídico predominantemente privado.

A partir daí, dois elementos foram afetados; o elemento subjetivo, porque não mais se pode considerar que as pessoas jurídicas públicas são as únicas que prestam serviço público; os particulares podem fazê-lo por delegação do Poder Público. E o elemento formal, uma vez que nem todo serviço público é prestado sob regime jurídico exclusivamente público. (grifamos).

Esta citada “crise” na noção de serviço público, ocorrida em meados do século XX, foi delimitada pelo fato de o serviço público nem sempre ser prestado pelo ente público estatal e regido pelo regime jurídico completamente público.

Pela influência do direito comunitário europeu, sob influência do sistema da *common law*, abriu-se espaço para esta crítica.

Na União Europeia, a ideia de serviço público somente do Governo não é compatível com os princípios fundamentais da ordem econômica, tais como o princípio da livre iniciativa e da livre concorrência⁴⁹.

Conforme Maria Sylvia Zanella Di Pietro⁵⁰, o artigo 86º do Tratado de Roma, de 1957, no seu item 2 determina que:

As empresas encarregadas da gestão de serviços públicos de interesse econômico geral ou que tenham a natureza de monopólio fiscal ficam submetidas ao disposto no presente Tratado, designadamente às regras de concorrência, na medida em que a aplicação destas regras não constitua

⁴⁷SILVA, José Afonso da. **Comentário Contextual à Constituição**. 9. ed. São Paulo: Malheiros, 2014, p. 782.

⁴⁸DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2010, 2010, p. 101.

⁴⁹*Ibidem*, p. 105.

⁵⁰*Ibidem*, *loc. cit.*

obstáculo ao cumprimento, de direito ou de fato, da missão particular que lhes foi confiada. O desenvolvimento das trocas comerciais não deve ser afetado de maneira que contraria os interesses da Comunidade.

Apesar de não ter havido resistência dos Estados-membros, no início, para manutenção dos conceitos tradicionais de serviço público, segundo a autora, houve a partir da década de 80, um entendimento mais rígido, confrontando com o entendimento de serviço público proveniente do direito francês.

Como consequência, houve a sucessiva liberação e privatização dos serviços públicos tradicionais, ocasionando a liberalização de mercados regidos anteriormente pelo monopólio público, permitindo e fomentando o surgimento de empresas privadas concomitantes às empresas públicas.

Curiosamente, no direito francês, a expressão serviço público foi substituída por serviço de interesse econômico geral, em se tratando de atividades de natureza econômica, preservando-se o conceito tradicional para os serviços sociais do Estado⁵¹. Surge, então, a nova “crise” do serviço público do Estado.

Percebe-se, por conseguinte, algumas mudanças entre os serviços públicos e os serviços de interesse econômico geral: a) “mercadorização” dos serviços públicos, que passaram a ser prestações disponíveis no mercado por um preço, muitas vezes concorrencial; b) mais liberdade de escolha de fornecedor ou prestador, passando o serviço público a ser um item subsidiário de mercado, podendo o interessado poder livremente escolher as condições que mais lhe agradam; c) Consequente transmutação dos usuários de serviços públicos em meros consumidores ou clientes.

Na década de 90, no direito comunitário, houve um abrandamento na forma de interpretação do referido dispositivo do citado Tratado de Roma, passando-se a permitir que os Estados-membros estabelecessem obrigações de serviços universais e obrigações de serviço público, quando fossem imprescindíveis para o atendimento das necessidades coletivas.

Assim, foi acrescentado o art. 16, nos capítulos dos princípios, do Tratado de Amsterdam, de 1997, ficando:

[...]sem prejuízo do disposto nos artigos 73º, 86º e 87º, e atendendo à posição que os serviços de interesse econômico geral ocupam no conjunto dos valores comuns da União e ao papel que desempenham na promoção da **coesão social e territorial**, a Comunidade e os seus Estados-Membros,

⁵¹DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2010, 2010, p. 105.

dentro do limite das respectivas competências e no âmbito de aplicação do presente Tratado, zelarão porque esses serviços funcionem com base em princípios e em condições que lhes permitam cumprir as suas missões. (grifamos).⁵²

No nosso País, segundo Di Pietro, não existe a mesma explicação de que o serviço público entrou em crise, correndo o risco de desaparecer, já que o País não está adstrito a nenhum tratado internacional que entabule medidas parecidas às que foram previstas contra União Europeia.

Até porque a nossa Carta Magna prossegue atribuindo atividades ao poder público, com caráter de exclusividade, tal como prevê o art. 21. Igualmente, converge os termos do art. 175, sobre a prestação de serviço.

Destarte, caso a CF/88 não sofra nenhuma alteração, é pouco provável que a mesma orientação seja imposta ao Tratado de Roma, assim como interpretado pela Comissão Europeia e pelo Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias.

Pode-se citar o exemplo da parcial liberalização de certos serviços públicos, através do processo legiferante ordinário, tal qual ocorreu com a publicação da Lei Geral de Telecomunicações (Lei n. 9.472/1997) que, nos seus termos, não cita, em nenhum momento, o termo “serviço público”.

Nela, usa-se o termo “serviços de interesse coletivo” e “serviços de interesse restrito”. Ambos submetidos aos princípios constitucionais que protegem e regem a ordem econômica constitucional, arraigados pelos princípios elementares da economia brasileira adotada na CF/88: princípio da livre iniciativa e de livre concorrência.

Em suma, diante do já exposto, nota-se que, é o Estado, com arrimo na lei, que escolhe quais atividades são consideradas como serviços públicos. No direito brasileiro, a nossa CF/88 faz essa previsão nos artigos 21, incisos X, XI, XII, XII, XV e XXIII e art. 25, § 2º, alterados, respectivamente, pelas Emendas Constitucionais n. 8 e 5, de 1995.

Pode-se, então, tecer que a CF/88 atribuiu ao Estado o dever de prestar os serviços públicos de saúde, considerando este como um tipo de serviço social não exclusivo do Estado.

Deve, portanto, este serviço ser prestado sob a modalidade de regime jurídico total ou parcialmente público, ficando a gestão sob a responsabilidade da própria

⁵²DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2010, p. 106.

Administração Pública direta ou indireta, ou de empresas privadas que têm atuação com base em delegação concedida pelo Estado.

Crucial citar que, assim como os demais serviços públicos, os serviços públicos de saúde são regidos pelos princípios da continuidade do serviço público, o da mutabilidade do regime jurídico e o da igualdade dos usuários, devem ter o regimento normativo aplicado pelas normas de Direito Público, com espeque no art. 37, § 6º, da CF/88⁵³.

Ademais, é oportuno a remissão do princípio do que se considera “serviço adequado”, entabulado no parágrafo § 1º, art. 6º, da Lei n. 8.987/95 (que regra a concessão e permissão de serviços públicos): “o que satisfaz as condições de regularidade, de continuidade, eficiência, segurança, atualidade, generalidade, cortesia na sua prestação e modicidade das tarifas.”

Sendo assim, exclui-se, sobremaneira, a possibilidade de distinguir, mediante critérios objetivos, o serviço público da atividade privada, pois esta continuará sendo como tal, enquanto o Estado não a avocar como atividade própria.

Com base na pesquisa comentada anteriormente sobre o direito sanitário Internacional, fica translúcido que o serviço público varia não somente no tempo, como também no espaço físico. Outrossim, lhe é variável de acordo com o tipo e nível de abrangência que a legislação interna de cada país lhe oferece.

O serviço público é incumbência do Estado, com amparo no art. 175 da CF/88, e depende do Poder Público. A sua criação decorre de autorização legal prévia e a materialização da vontade estatal. Este assume o compromisso da execução de determinada atividade que, pelo alto grau de importância coletiva, demonstra não correr o risco de submeter-se exclusivamente à iniciativa privada.

Portanto, a sua gestão, paralelamente, é incumbência do Estado, que deve fazê-lo diretamente (através dos seus próprios órgãos que compõem a Administração Pública centralizada da União, dos Estados e dos Municípios) ou indiretamente, através de concessão ou permissão, ou por pessoas jurídicas criadas por ele para atender a esta finalidade⁵⁴.

O regime jurídico do serviço de saúde é público. Neste caso, via de regra, os agentes são ou seriam públicos; os bens são ou seriam públicos; e as decisões têm

⁵³BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

⁵⁴DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2010, p. 103.

ou teriam todos os atributos do ato administrativo, em especial a presunção de veracidade e executoriedade; a responsabilidade deve ser objetiva; os contratos devem ser regidos pelo direito administrativo. Não obstante, não há empecilho para que sejam usados outros instrumentos tipicamente de direito privado, tais como locação, compra e venda, comodato etc., desde que previstos em lei.

É importante destacar estas diferenciações porque na área da saúde, especialmente no município de Salvador, é cada vez mais comum a “intervenção” da iniciativa privada no setor de saúde, desde a administração de hospitais, fornecimento de materiais e contratação de profissionais.

Por isto, faz-se pontual a observação de Maria Sylvia Zanella Di Pietro⁵⁵:

O serviço público é sempre prestado no regime de direito público. E, com efeito, ainda que sob certos aspectos possam ser aplicadas normas de direito privado, como exposto no parágrafo anterior, a sujeição a regime publicístico é inerente ao próprio conceito de serviço público, no sentido de que os princípios a que se submetem as entidades prestadores de serviço público, ainda que tenham a natureza de pessoa jurídica de direito privado (como empresas estatais e concessionárias e permissionárias de serviço público), são os mesmo a que se submete a Administração Pública, como os da continuidade, isonomia entre usuários, mutualidade, generalidade, universalidade etc.

Dos elementos já perquiridos, parece-nos ser este o mais comum dentre os autores. Considera-se que o serviço público como uma atividade de interesse público. Sabe-se que os particulares, também, podem exercer atividades de interesse geral, como os serviços de saúde, mas isto pode ensejar dois questionamentos.

No caso da saúde, quando a iniciativa privada resolve investir capital, age em seu próprio interesse, pois é típico desempenho de atividade econômica organizada que visa o lucro, como prevê o art. 966 do Código Civil de 2002 (CC/02). Diga-se, então, que o seu interesse representa a busca pelo saldo positivo de sua atividade: o lucro.

O segundo é que não basta o objetivo ser de interesse público; o que consubstancia esta característica inata é a previsão e consequente caracterização legal.

Assim, podemos coadunar que todo serviço público objetiva o atendimento às necessidades públicas, mas nem toda atividade pública é serviço público pois, no serviço público, o interesse geral é a finalidade exclusiva⁵⁶.

⁵⁵DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2010, p. 105.

A prestação do serviço público de saúde, quando prestada pelo poder público, ao contrário de quando prestada pelo particular, pode muito bem continuar sendo prestada por este, mesmo sem contrapartida financeira direta.

De modo diametralmente oposto, caso este mesmo serviço seja prestado por uma pessoa física ou jurídica particular, a mesma não conseguirá se manter, caso obtenha perdas financeiras, ao invés do lucro.

Isto porque, somente o ente estatal, por meio da tributação, pode embutir o custo destes serviços à coletividade. A saúde, *in casus*, é exemplo de prestação de serviço gratuito. E, mesmo se for exigida contribuição financeira do usuário, deve ser inferior ao custo do serviço em si.

Podemos aferir, então, que a apreciação do que é de interesse geral é algo discricionário. O Poder Público pode deliberar que o interesse geral exige que ele avoque a necessidade de satisfazer, ficando de fora o particular por entender que o exercício daquela atividade não é rentável ou perigoso.

É o que não ocorre na área de saúde. Nesta, o poder público permite que o particular exerça o serviço “livremente”, *pari passu*, com a Administração Pública. Se, a outros, é permitida a execução dos serviços sanitários, os mesmo não são exclusivos do Estado. Podem ser, portanto, considerados “serviços impróprios”.

Nota-se, então, que o serviço de saúde, no que tange à sua essencialidade, é um serviço público próprio porque se relaciona internamente com as atribuições do Poder Público. Para a sua execução, a Administração usa de sua supremacia do interesse público sobre o particular.

Não obstante, no que tange ao sujeito, a fim de satisfazer a interesses comuns de seus membros, a Administração autoriza, via CF/88, que empresas privadas possam atuar na área de saúde, mas claro que não será propriamente serviço público e, sim, serviço privado de saúde.

Sobre a natureza do objeto, o serviço de saúde é considerado como um serviço social, que atende às necessidades coletivas, onde a atuação do Estado é crucial. Todavia, coexiste a permissibilidade de atuação do setor privado. Liberdade esta expressa pela a nossa Constituinte no seio da Ordem Social mirando o atendimento aos direitos sociais do homem, erigidos ao grau de direitos fundamentais, consoante o art. 6º da CF/88.

⁵⁶ *Ibidem*, *loc. cit.*, p. 104.

No que tange à forma como concorrem para atender à finalidade geral, o serviço à saúde é identificado como serviço *uti singuli*. Assim, eles visam atender às satisfações individuais e diretas das necessidades das pessoas. Pelo conceito estrito de serviço público, podemos, assim, enquadrar nesta categoria o serviço público de saúde, por ser serviço social com prestação de utilidade ou fruição direta ou indireta pela sociedade.

Por derradeiro, pode-se ainda classificar o serviço público de saúde com um serviço não exclusivo do Estado porque este pode ser executado por particular, caso seja concedida autorização específica do Poder Público. Assim, se encontra o serviço público à saúde, estampado na Ordem Social (arts. 196 a 199, da CF/88).

Ou seja, o serviço público de saúde (por ser não exclusivo) pode ser classificado como próprio ou impróprio, dependendo do paradigma adotado. Será próprio se for prestado pelo Poder Público. Por outro lado, será impróprio caso venha a ser executado pelo particular.

Neste caso, como ele sofreu autorização do Poder Público, o mesmo tem a atribuição e o dever de fiscalização. Esta será materializada pelo poder de polícia administrativo.

Serão, assim, serviços públicos, pois atendem às necessidades públicas, mas impropriamente públicos porque lhes falta um dos elementos do conceito de serviço público: ingerência e administração direta ou indireta do Estado.

Neste ritmo, o direito à saúde veio entabulado no *caput* do art. 196 da CF/88⁵⁷, como um direito ecumênico de obrigação estatal de provimento. A sua garantia dar-se-á através do implemento de políticas sociais e econômicas que objetivam aplacar o risco de males à saúde, e o amplo e irrestrito acesso às ações e serviços para o seu provimento, proteção e necessidade de restabelecimento:

Seção II
DA SAÚDE

Art. 196. 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.⁵⁸ (grifamos)

⁵⁷“Foram incorporados à Constituição dispositivos específicos de reconhecimento e proteção do direito à saúde, em especial nos arts. 196 a 200, que fornecem a base jurídico-constitucional da proteção do direito à saúde no país.” BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 115.

⁵⁸BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

Lembre-mos que, os serviços públicos, por sua própria essência, devem ser pautados pelo princípio da continuidade: ou seja, excepcionalmente, podem ser pausados. Interrompidos muito menos ainda, pela essencialidade da sua natureza para a vida dos cidadãos.

Podemos adotar, com espeque em Maria Sylvia Zanella Di Pietro⁵⁹ o termo serviço público como toda atividade material que a Administração Pública executa direta ou indiretamente (por seus delegados) visando satisfazer concretamente uma necessidade coletiva, sob o regime jurídico total ou parcialmente público, mas predominantemente público.

O Estado, *lato sensu*, há tempos percebeu que não possui capacidade econômica de sozinho, prestar todos os serviços públicos. Assim, desde o estado considerado como “social”, o mesmo permitiu que terceiros pudessem, igualmente, prestar serviços que, até então, eram prestados apenas pelo ente público.

Consoante José Afonso da Silva⁶⁰, a norma do art. 196, da CF/88, acima citada, é “perfeita”, eis que fixa expressamente uma “relação jurídica constitucional”, ficando o direito à saúde, de um lado, como direito de todos, bem como seus sujeitos. O signo “todos” tem significação de universalização, que abarca brasileiros e estrangeiros residentes no Brasil.

Do outro lado, encontra-se o Estado, com o seu dever, compreendido entre os entes políticos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), que podem cumprir o dever diretamente ou por via de entidade da Administração Indireta.

Prossegue o autor⁶¹ afirmando que, o devido cumprimento deve ser feito por prestações, concretizadas por políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução de riscos de doença e de outros agravos.

Com isto, estas políticas são efetivas pela execução de ações e serviços de saúde, não apenas mirando a cura de doenças, pela Medicina curativa, mas, principalmente pela Medicina preventiva, com ações e serviços que visem evitar a doença. Deve-se, então, promover ênfase na promoção e proteção de uma vida humana saudável, tal qual um direito fundamental inserido pela proteção e recuperação da saúde.

⁵⁹DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2010, p. 55.

⁶⁰SILVA, José Afonso da. **Comentário Contextual à Constituição**. 9. ed. São Paulo: Malheiros, 2014.

⁶¹*Ibidem*, p. 782.

A força da norma é fincada pela tipificação de norma de garantia, muito mais do que simples norma programática, pois é dever do Estado, tornando direito que deve ser garantido a todos, sem distinção.

E a garantia é proveniente de políticas por ele mesmo indicada, que devem ser estabelecidas sob pena de omissão inconstitucional, pois os meios financeiros para o fiel cumprimento deste dever são arrecadados por todos: sociedade, empregadores, empresas, outras fontes etc.

Muito mais do que uma facultatividade, este ato representa uma necessidade real de compartilhar despesas e responsabilidades. Não se trata, simplesmente, de um beneplácito estatal e, sim, uma estratégia de sobrevivência. Eis a previsão:

Art. 197. São de **relevância pública** as **ações** e **serviços** de **saúde**, cabendo ao **Poder Público** dispor, nos termos da lei, sobre sua **regulamentação, fiscalização e controle**, devendo sua **execução** ser feita **diretamente** ou através de **terceiros** e, também, por **pessoa física** ou **jurídica** de direito **privado**.⁶² (grifamos)

Destarte, a correspondente e adequada prestação de serviços públicos municipais de saúde, diante do passivo social, prevê a necessidade de projetos, receitas, apoio político e ações eficientes, diante das demandas com variados níveis de complexidade, que compõem a saúde do município do Salvador. Assim, urge atuações coordenadas dos sistemas políticos, legislativos, jurídicos, administrativos e sociais. O diálogo entre os diversos atores institucionais, de fato, enfrenta disparidades teóricas e práticas que exigem a convergência do teor conceitual, enquadramento legal-jurídico e individualização de prestações a partir de enfoques coletivos de saúde.

⁶²BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

3 A ESTRUTURA DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DO SALVADOR, A PARTIR DA CF/88

3.1 O ORÇAMENTO PÚBLICO MUNICIPAL DO SALVADOR

Um governo, para executar suas ações, necessita de recursos. Enquanto os gastos do governo são considerados despesas públicas, o seu ingresso pode ser considerado como receita pública.

O orçamento é o elemento central de objeto de estudo do Direito Financeiro. Este, como ramo específico e autônomo do direito, tem metodologia própria, princípios específicos e objeto de estudo determinado: as finanças do Estado.

Destarte, o orçamento estabelece o planejamento da vida financeira, a fixação de despesas e a estimativa autorizada de despesas.

Historicamente, os governos utilizaram diversas formas de arrecadação de dinheiro para sustentar suas ações. Aliomar Baleeiro⁶³ bem investiga:

Para auferir o dinheiro necessário à despesa pública, os governos, pelo tempo afora, socorrem-se de uns poucos meios universais: a) realizam extorsões sobre outros povos ou deles recebem doações voluntárias; b) recolhem as rendas produzidas pelos bens e empresas do Estado; c) exigem coativamente tributos ou penalidades; d) tomam ou forçam empréstimos; e) fabricam dinheiro fácil metálico ou de papel.

Segundo o autor, todos estes processos de financiamento estatal se encaixam nestes cinco tipos acima há séculos. Estas fontes de recursos tratam de méritos distintos e assumem relevância variada conforme o período e a contingência. E prossegue dissecando as fases evolutivas das receitas:

Já se pretendeu firmar um retrospecto da evolução das receitas com fases características, presumidamente sucessivas, muito embora possam coexistir e apresentar tipos recessivos. Essas fases seriam redutíveis a cinco padrões: a) *parasitária* (extorsão exercida contra povos vencidos); b) *dominial* (exploração do patrimônio público); c) *regaliana* (cobrança de direitos realengo como o pedágio etc.); d) tributária; e) social (tributação extrafiscal sócio-política)⁶⁴.

O orçamento público, ao lado das receitas públicas, das despesas públicas e do crédito público integra o rol dos principais elementos das Ciências das Finanças.

⁶³BALLEIRO, Aliomar. **Uma Introdução à Ciência das Finanças**. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004, p. 125.

⁶⁴*Ibidem*, loc. cit.

Não se olvide pontuar que o orçamento público, com fulcro na doutrina balizada⁶⁵, é considerado como lei formal de efeitos concretos, com possibilidade jurídica de previsão dos elementos anteriormente indicados, ao contrário do entendimento de ter natureza materialmente legislativa. É tida, então, segundo Ricardo Lobo Torres⁶⁶, como ato-condição que, aprovado pelo Poder Legislativo, circunscreve-se à autorização de despesa e previsão de receitas, não criando direitos subjetivos para terceiros.

O orçamento público estabelece-se na CF/88, onde são estampados os seus princípios específicos que irão nortear a extração da inteligência por parte do intérprete e correspondentes regras que versam sobre receitas e despesas, desde a cobrança de um tributo específico até a execução da despesa pública, através do pagamento.

Neste ponto, Ricardo Lobo Torres usa o termo “Constituição Orçamentária”, como um dos subsistemas da Constituição Financeira, ao lado das Constituições Tributária e Monetária.

Do ponto de vista formal, a Constituição Orçamentária do Brasil não se limita à seção II do capítulo II do título VI, intitulada “Dos orçamentos” (arts. 165 a 169, da CF/88), pois abrange, também, normas atreladas sobre o controle da execução orçamentária (arts. 70 a 75), o orçamento dos três poderes, fiscalização interna de cada ente e a fiscalização externa a cargo do Congresso Nacional, com o apoio dos Tribunais de Contas.

Segundo Ricardo Lobo Torres, eis a noção orçamentária da Carta Magna:

A Constituição Orçamentária “constitui” o Estado Orçamentário, que é particular dimensão do Estado de Direito apoiada nas receitas, especialmente a tributária, como instrumento de realização das despesas. O Estado Orçamentário surge como o próprio Estado Moderno. Já na época da derrocada do feudalismo e na fase do Estado Patrimonial e Absolutista aparece a necessidade da periódica autorização para lançar tributos e efetuar gastos, primeiro na Inglaterra (Magna Carta de 1215) e logo na França, Espanha e Portugal. Com o advento do liberalismo e das grandes revoluções é que se constitui plenamente o Estado Orçamentário, pelo aumento das receitas e despesas públicas e pela constitucionalização do orçamento na França, nos Estados Unidos e no Brasil (art. 172 da Constituição de 1824)⁶⁷.

⁶⁵TORRES, Ricardo Lobo. **Curso de Direito Financeiro e Tributário**. 19. ed. Rio de Janeiro: 2013, p. 52.

⁶⁶*Ibidem*, loc. cit.

⁶⁷*Ibidem*, p. 172.

Os valores que adentram o cofre público podem ser classificados como receitas ou como ingressos. Toda receita é um ingresso, mas a recíproca nem sempre é verdadeira. Alguns ingressos podem ser mera passagem de caixa, ou ingressos de caixa ou movimentos de fundo, sem pertencer propriamente ao patrimônio público.

Estes ingressos de mera passagem de caixa, por não serem formas de incremento do patrimônio público, podem retornar à sua origem ou serem destinados a outra pessoa física ou jurídica. Não fazem parte do patrimônio público em si. O Estado não poderá livremente dispor sobre o mesmo porque é desprovido de sua propriedade plena, não podendo livremente usar, gozar, dispor ou fazer qualquer tipo de negócio jurídico (livre de modo ou encargo) com o mesmo. Portanto, este tipo de ingresso pode mudar de titularidade jurídica conforme a interferência de algum fator externo que influencie o seu retorno ou o seu novo direcionamento.

Adentra o cofre público, mas não lhe pertence porque é um valor condicionado, submetido a eventual limitação, como um modo ou encargo. Podemos ilustrar como:

Exemplificam esses “movimentos de fundos” ou simples “entradas de caixa”, destituídas de caráter de receitas - as cauções, fianças e depósitos recolhidos ao Tesouro; os empréstimos contraídos pelos Estados, ou as amortizações daqueles que o governo acaso concedeu; enfim as somas que se escrituram sob reserva de serem restituídas ao depositante ou pagas a terceiro por qualquer razão de direito e as indenizações devidas por danos causados às coisas públicas e liquidados segundo o Direito Civil⁶⁸.

Por conseguinte, podemos extrair que a receita pública pode ser conceituada como o valor que ingressa no cofre público estatal como um elemento novo, positivo e incondicionado a qualquer outro fator.

Constituiu elemento novo porque não havia previsão anterior; positivo porque é valor que acresce, aumenta o patrimônio público; e incondicionado porque não varia conforme outras variáveis externas.

Dentre todas as fontes de receitas do Estado, a receita tributária é mais eficiente do ponto de vista financeiro. Do ponto de vista classificatório, em relação à origem, é derivada porque decorre de pagamento de terceiros, os particulares. No caso dos tributos, são cumprimento de prestações legais onde o particular não tem

⁶⁸BALLEIRO, Aliomar. **Uma Introdução à Ciência das Finanças**. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004, p. 126.

poder de escolha. Complementa Aliomar Baleeiro: “O setor privado as paga por ato de autoridade, dentro da lei. Não se confundem com as categorias de Direito Civil”⁶⁹.

O Estado, através do orçamento, estabelece a receita tributária e a patrimonial, redistribui rendas, objetiva equilibrar a economia, auxilia a estrutura da seguridade social e presta serviços públicos de saúde.

A regulamentação dos orçamentos na CF/88 é destrinchada na elaboração das leis orçamentárias, que usam o critério da anualidade: a) lei que instituir o Plano Plurianual (PPA), de vigência quadrienal, conforme art. 165, § 1º, CF/88; lei de diretrizes orçamentárias (LDO), de vigência anual, prevista no art. 165, § 2º, CF/88; c) lei orçamentária anual (LOA), que compreende o orçamento fiscal atrelado aos três poderes, aos investimentos estatais e ao orçamento da seguridade social⁷⁰ (art. 165, §5º, CF/88).

As três leis orçamentárias devem se integrar de forma harmônica, devendo a lei orçamentária anual respeitar os direcionamentos das leis de diretrizes orçamentárias e, ambas, conseqüentemente, devem respeito ao previsto no plano plurianual (arts. 165, § 7º, art. 166, § 4º ao art. 167, §1º). Elas devem, também, ser compatíveis com o planejamento global – econômico e social (art. 165, § 4º). Neste ponto, acresce Ricardo Lobo Torres:

A tripartição do planejamento orçamentário, adotada pela Constituição brasileira, denota a influência recebida da Constituição da Alemanha, que prevê o plano plurianual (*eine mehrjährige Finanzplanung* – art. 109, 3), o plano orçamentário (*Haushaltsplan* – art. 110) e a lei orçamentária (*Haushaltsgesetz* - art. 110); só que lá se discute se o plano orçamentário é realmente distinto da lei orçamentária⁷¹.

No plano plurianual, o município do Salvador tem como mote o estabelecimento de programas e as metas governamentais de longo prazo, concebidas como de duração prolongada, para um período de quadriênio. É o planejamento conjuntural que visa a promoção para o desenvolvimento do Estado em diversos setores, inclusive o da saúde.

⁶⁹BALLEIRO, Aliomar. **Uma Introdução à Ciência das Finanças**. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004, p. 126.

⁷⁰A Constituição de 1988 detalhou um sistema de seguridade social abrangente, aliando saúde, previdência e assistência social em um modelo de proteção social moderno, previdência e assistência social em um modelo de proteção social moderno e solidário.” BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 115.

⁷¹TORRES, Ricardo Lobo. **Curso de Direito Financeiro e Tributário**. 19. ed. Rio de Janeiro: 2013, p. 60.

A Lei Complementar prevista no art. 165, § 9º deve dispor o exercício financeiro, a vigência, os prazos de elaboração e organização do plano plurianual. O orçamento do município deve se compatibilizar com os planos e programas nacionais, regionais e setoriais, consoante dispõe o art. 165, § 4º, CF/88.

O Plano Plurianual de Salvador tem natureza jurídica de lei formal, dependendo do orçamento anual para que possa ter eficácia no que tange à realização das despesas, formalizando o sentido de uma programação ou orientação, que deve ser respeitada pelo Poder Executivo⁷² na execução dos orçamentos anualmente publicados, mas sem imposição de dever perante o Poder Legislativo; ou seja, sem vinculação para a realização de leis orçamentárias.

3.2 A VINCULAÇÃO DE RECEITAS ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

Dentre as classificações dos tributos, a mais preponderante para análise das questões mencionadas neste artigo é quanto à vinculação das suas receitas, que podem ser vinculados ou não-vinculados.

O tributo vinculado tem como premissa a participação do Estado. Seu fato gerador é configurado por uma atuação estatal específica, ligada ao contribuinte. Por isto, quando tivermos uma atuação direta, teremos as taxas e as contribuições de melhoria. Já no tributo não-vinculado, o seu fato gerador não tem vínculo com nenhuma atividade estatal especificamente ligada ao contribuinte, como o imposto.

Quanto à destinação dos recursos arrecadados com os impostos, o art. 167 da CF/88 comprova que os impostos não têm destinação específica:

Art. 167. São vedados: [...] IV - a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde, para manutenção e desenvolvimento do ensino e para realização de atividades da administração tributária, como determinado, respectivamente, pelos arts. 198, § 2.º, 212 e 37, XXII, e a prestação de garantias às operações de

⁷²O poder Executivo ganha relevância na medida em que possui a função precípua de executar as políticas públicas necessárias à efetivação do direito à saúde. Ao Executivo, compete, ainda, regulamentar as leis no sentido de dar-lhes maior efetivação do direito à saúde. Ao Executivo compete, ainda, regulamentar as leis no sentido de dar-lhes maior eficácia, seja organizado a atuação estatal, seja delineado conceitos que ficaram muitos abertos na Constituição ou nas leis." BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 117.

crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165, § 8.º, bem como o disposto no § 4.º deste artigo; [...] ⁷³.

Nota-se, então, que apenas parte das receitas derivadas correntes ordinárias provenientes do impostos tem destinação para áreas específicas. Ademais, no mesmo patamar de saúde e educação, está a própria administração pública fazendária, conforme excerto acima,

Alguns autores sustentam a distinção entre impostos diretos e indiretos. Nos diretos, o sujeito passivo paga diretamente ao ente político (prefeitura, governo estadual ou federal). Em contrapartida, os impostos indiretos são pagos sem o contribuinte perceber. Estão embutidos nos preços de quase tudo que se compra ou se utiliza.

Noutro giro, as contribuições especiais são vinculadas porque têm como principal característica a sua finalidade para qual sua criação é destinada. Outrossim, os empréstimos compulsórios também o são, pois visam atender despesas urgentes provenientes de calamidade pública, guerra externa ou sua iminência; além de investimentos públicos de caráter emergencial e grande interesse nacional.

Como um dos princípios gerais que atrela a tributação às normas do Direito Financeiro, este princípio defende a não-vinculação de receitas de impostos a órgãos, fundos ou despesas. Não obstante, a própria CF/88 mitigou esta vedação.

Este princípio, também conhecido como princípio da não-afetação tem como mote reservar que percentuais específicos sejam vinculados à finalidades específicas, como a saúde. Assim, devem ser utilizados exclusivamente para atender ao objetivo vinculado, mesmo que em um exercício diverso daquele em que ocorrer o ingresso.

Com posição crítica sobre a vinculação de receitas, José Afonso da Silva opina que:

A doutrina condena a vinculação de receitas *a priori*, tanto que a não-vinculação se erige em princípio orçamentário. E a técnica do orçamento-programa é a mais refratária à vinculação de receitas. Ela quer que os recursos sejam livres e à disposição para realização de obras e serviços, em conformidade com as necessidades existentes e em obediência à

⁷³BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

escala de prioridades estabelecida a partir de análise rigorosa da situação existente⁷⁴.

Esta facultatividade é lastreada no princípio da não-vinculação, mas mitigada claramente pelo art. 167, IV, da CF/88, que garante percentuais de repasse para os setores de Saúde, Educação e Administração Fazendária:

Art. 167. São vedados:

[...]

IV - a **vinculação** de receita de **impostos** a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de **saúde**, para manutenção e desenvolvimento do ensino e para realização de atividades da administração tributária, como determinado, respectivamente, pelos arts. 198, § 2º, 212 e 37, XXII, e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165, § 8º, bem como o disposto no § 4º deste artigo; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003) (grifamos)⁷⁵.

Percebe-se que a autorização inserta no art. 167, IV é a prevista no § 2º do art. 198, da CF/88, que declara que a União, os Estados e os Municípios devem aplicar, anualmente, nas ações e serviços de saúde, recursos mínimos.

Esta fica com o encargo de prever a forma e o montante dos recursos a serem implementados pela União, na forma definida pela lei complementar, bem como fixar os percentuais dos tributos estaduais, do Distrito Federal e dos Municípios que devem ficar adstritos às ações e serviços de saúde, criando normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas públicas citadas. Segundo José Afonso da Silva, trata-se de “procedimentos de centralização antifederativa”.⁷⁶

Ainda neste ponto, a Portaria do Ministro de Estado do Orçamento e Gestão (MOG) n. 42/9 concede atualização da discriminação da despesa por funções, subfunções, programa e operações, consoante a Lei n. 4.320/64. Na seara da saúde, a mesma é dividida em: Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Alimentação e Nutrição.

⁷⁴SILVA, José Afonso da. **Comentário Contextual à Constituição**. 9. ed. São Paulo: Malheiros, 2014, p. 711.

⁷⁵BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

⁷⁶SILVA, José Afonso da. *Op cit.*, p. 784.

3.3 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO

Neste ritmo, é atribuição do Poder Público não apenas manter o cidadão sadio, como evitar que ele adoença. E, para isto, é preciso recursos públicos que efetivem este direito fundamental.

A importância de reserva de recursos suficientes para este setor é tão especial que, no processo de elaboração das leis orçamentárias, é imprescindível a devida reserva e garantia de implementos da área da saúde, consoante o art. 166, da CF/88:

Art. 166. Os **projetos de lei** relativos ao plano plurianual, às diretrizes orçamentárias, ao orçamento anual e aos créditos adicionais serão apreciados pelas duas Casas do Congresso Nacional, na forma do regimento comum.

[...].

§ 9º As **emendas individuais** ao projeto de lei orçamentária serão aprovadas no limite de 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da **receita corrente líquida** prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que a **metade** deste percentual será **destinada a ações e serviços públicos de saúde**. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015).

§ 10. A **execução** do montante destinado a **ações e serviços públicos de saúde** previsto no § 9º, inclusive custeio, será computada para fins do cumprimento do inciso I do § 2º do art. 198, vedada a destinação para pagamento de pessoal ou encargos sociais. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015). (grifamos)⁷⁷.

Faz-se mister ressaltar que, como a receita proveniente da tributação é, em regra, uma receita desvinculada, ou seja, não se exige nenhuma contra-prestação estatal específica, o gestor público tem liberdade para decidir, de acordo o respeito ao processo de elaboração das normas do Direito Financeiro, a devida destinação do dinheiro arrecadado, ressalvado o percentual mínimo constitucional.

No âmbito da gestão pública, a eventual desarticulação das esferas dos governos também é um fator preponderante devido à sua intrínseca dificuldade material. O implemento de metas atreladas com as medidas financeiras e orçamentárias correspondentes pode ser mais ou menos efetiva, conforme a fixação de responsabilidades de cada esfera de governo, representadas pelos seus agentes, suas estruturas e suas tomadas de decisões.

Este arcabouço jurídico-político deve, também, antever o escalonamento articulado de ações e reações recíprocas, de tal forma que a imbricação entre os

⁷⁷BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

atores públicos tenha escope não apenas em regras de competências constitucionais, mas também alinhados com providências facilitadoras de soluções de eventuais conflitos, suplantando eventualidades e atendendo os limites das normas orçamentárias, ou eventualmente não. Assim, assevera Maria Paula Dallari Bucci⁷⁸: “Em função disso, inapreensível a expressão do direito da coletividade à saúde, ou, dito de outra forma, sem institucionalidade do direito à saúde, cuja maior responsabilidade recai sobre o Poder Executivo”.

No que tange ao Sistema Único de Saúde (SUS), o mesmo é integrado por uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde. Forma o meio pelo qual o poder público cumpre o seu dever constitucional na sua relação jurídica de saúde. Nela, qualquer pessoa e a comunidade podem figurar no polo ativo, pois o direito à promoção e à proteção à saúde constitui, também, um direito coletivo.

O SUS é concebido por ações e serviços de instituições e órgãos públicos federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, regendo-se pelos princípios da descentralização, com direção única em cada esfera governamental, com atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas e a participação comunitária, que ratifica o seu caráter de direito social pessoal, em um aspecto, e de direito social coletivo, em outro. É, também, neste caminho que o setor público desenvolve um leque de atividades de controle de substâncias de interesse para a saúde e outras visando a melhoria nas prestações de serviços públicos de saúde.

O SUS é único e de atribuição nacional porque envolve todas as esferas de governo. Todavia, a sua gestão é regionalizada e submetida à hierarquia, consoante critério de descentralização.

Nela, há gestores federais, estaduais e municipais, com direção única em cada uma dessas esferas de governo⁷⁹. Os gestores responsáveis pela área estadual e municipal são caracterizados como gestores locais do SUS. Por força do art. 198, § 4º, acrescido pela EC n. 51/2006, podem admitir agentes comunitários de

⁷⁸BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas. **Judicialização da Saúde**. A visão do poder executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 36-37.

⁷⁹“Importa não apenas elaborar um texto normativo consolidado, integrando as várias portarias e resoluções que hoje tratam fragmentadamente da política, mas de complementá-lo com a descrição de mecanismos de responsabilização dos vários agentes, tendo em mente a perspectiva do usuário final.” BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 82.

saúde e agentes de combates às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para a sua atuação, respeitando regime jurídico que a lei federal prever. Inclusive, esta norma deve prever o piso salarial nacional, as diretrizes para os planos de carreira e a devida regulamentação das atividades destes agentes. Cabe lembrar que a União pode prestar assistência financeira complementar aos demais entes políticos, caso estes precisem complementar o piso salarial, com arrimo no § 5º do art. 198, CF/88, implementado pela EC n. 63/2010.

Neste aspecto, é preciso esquadrihar as demais normas citadas neste mesmo art. que delineiam o esboço da estrutura do financiamento da saúde. Ambos se encontram na Repartição Constitucional de Receitas. O primeiro retrata o recebimento pelos Municípios e o segundo do repasse automático pela União:

Art. 158. Pertencem aos Municípios:

[...].

Art. 159. A União entregará: (Vide Emenda Constitucional nº 55, de 2007)

[...] ⁸⁰.

Consoante a nossa CF/88, a saúde, ao lado, da assistência e da previdência social, está inserida na Seguridade Social, compondo a Ordem Social, que é o primado do trabalho e visa o bem-estar e a justiça social:

CAPÍTULO II
DA SEGURIDADE SOCIAL
Seção I
DISPOSIÇÕES GERAIS

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. (grifamos) ⁸¹.

Desta feita, a CF/88 submeteu a saúde à Seguridade Social, incluindo-o no campo da Proteção Social. Pela sistemática constitucional, nota-se que o plexo de normas que tratam da saúde não foca apenas em Medicina curativa, a que visa recuperar um estado de saúde após uma enfermidade.

A proteção social da saúde inclui, igualmente, a Medicina Preventiva. Esta foi a principal relevância das normas constitucionais que dialogam sobre a saúde, indo além de outros textos constitucionais anteriores.

⁸⁰BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

⁸¹*Ibidem*.

Sendo assim, estas diretrizes, vetores e princípios, além da importância jurídica em tese, devem auxiliar tanto os intérpretes a extrair a interpretação normativa, como embutir o dever de consciência dos gestores públicos em entender o contexto social que deve ser alvo destas políticas.

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade. Nesta estrutura, todos contribuem para o financiamento da mesma, por ser de relevância pública:

Art. 195. A seguridade social será **financiada** por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

[...].

§ 2º A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela **saúde**, previdência social e assistência social, tendo em vista as **metas e prioridades** estabelecidas na **lei de diretrizes orçamentárias**, assegurada a cada **área a gestão** de seus **recursos**. (grifamos)⁸².

Diante do parágrafo inserido acima, nota-se a importância da previsão legal de proposta orçamentária que preveja o financiamento da área de saúde de forma taxativa na LDO que, obedecendo às previsões do PPA, influencia diretamente as previsões de receitas e despesas da LOA.

Conseqüentemente, a própria previsão legal deve orientar quais serão os critérios que devem orientar o recebimento automático de verbas de todos os entes políticos ao SUS, como diz o art. 195, § 10º, CF/88:

A **lei** definirá os **critérios** de **transferência** de **recursos** para o **sistema** único de **saúde** e ações de assistência social **da União para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e dos Estados para os Municípios**, observada a respectiva **contrapartida** de **recursos**. (grifamos)⁸³.

Veja-se a necessidade da prévia garantia da fonte de custeio, ou seja, a reserva de garantia de recurso que irá materializar a específica fonte de financiamento.

Percebe-se que, de acordo com as normas cogentes susoditas, os entes políticos tem o dever constitucional de aplicar percentuais mínimos incidentes sobre a receita corrente líquida. No caso da União, o mínimo deve ser de 15% (quinze por cento).

⁸²BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

⁸³*Ibidem*.

Já os Estados e o Distrito Federal (como este tem competência cumulativa estadual e municipal), não somente pela competência constitucional de instituírem os seus impostos específicos (ICMS, IPVA e ITCMD), que é indelegável, imprescritível e irrenunciável, possuem capacidade para figurar no polo ativo da relação jurídico-tributária, ou seja, atribuições para fiscalizar e cobrar tributos, esta podendo ser direcionada por terceiro.

É consabido que, a principal fonte de recursos estatais é a receita pública decorrente dos tributos, que é uma receita pública que, consoante doutrina majoritária de Direito Financeiro, pode ser classificada como ordinária, derivada e corrente.

A doutrina majoritária de Direito Financeiro classifica as receitas e despesas públicas a fim de melhor poder perquirir as suas devidas características. Assim, podemos estudar as classificações: a) quanto ao fator da periodicidade ou regularidade: trata-se uma receita ordinária e não extraordinária porque, do ponto de vista do fator temporal, ela é perene, constante, temporal, incontingente, não suscetível de variações conforme circunstâncias eventuais e excepcionais, é permanente, regular, assídua, cíclica e previsível, ao contrário da extraordinária que é inconstante, atemporal, intermitente, acíclica, extemporânea e imprevisível; b) quanto ao fator da origem: constitui uma receita derivada, ou seja, é proveniente do cofre do particular, de terceiro em relação ao Estado, da sociedade como um todo e não do próprio capital estatal e c) quanto ao fator do motivo: é uma receita corrente, ou seja, visa a manutenção da máquina estatal, às suas atividades de custeio, ao contrário da receita de capital, que é decorrente da própria exploração do patrimônio estatal através de atividades desempenhadas pelo próprio Estado, como se fosse um particular.

Aliomar Baleeiro tece crítica sobre a dificuldade de classificação, mas que a mesma mostra-se importante:

Recorde-se a advertência daquele financista e estadista italiano, acerca do caráter arbitrário das classificações (Cap. XI, n. 11.1). Isso resulta da dificuldade em extremar caracteres específicos de fatos sociais, muitas vezes apresentados sob formas híbridas e consociações numa escala de graduação que faz preponderar ora um ora outro dos elementos formadores.

Se a classificação se alicerça, por exemplo, no aspecto predominante dos fenômenos financeiros – o de constituírem uma economia compulsória, ver-se-á que o grau de coação vai desde o monopólio, ou desde a competição

imperfeita, uma e outra encontradas nos negócios do setor privado, até o constrangimento jurídico direto dos impostos pessoais⁸⁴.

Neste passo, as receitas públicas são repartidas entre os entes, levando em consideração as suas devidas competências e capacidades ativas. Assim, respeitando-se uma estrutura pré-definida, caberão aos Estados e Distrito Federal receber uma parte das receitas federais, até mesmo porque a União detém uma grande parte dos impostos: IR, IPI, II, IE, ITR, IOF, Impostos Residuais, IEG e o IGF.

E, ao Município, com a sua competência tributária para instituir o ISS, o IPTU e ITIV, deve, por força constitucional receber a parte que lhe cabe de IR retido da fonte dos rendimentos de suas autarquias e fundações e 20% (vinte por cento); metade (50%) do ITR sobre imóveis nele situados; metade (50% - cinquenta por cento) da arrecadação do IPVA sobre veículos licenciados em seus territórios e um quarto (25% - vinte e cinco por cento) do que se arrecada com ICMS:

Seção VI

DA REPARTIÇÃO DAS RECEITAS TRIBUTÁRIAS

Art. 158. Pertencem aos **Municípios**:

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

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

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

IV - **vinte e cinco** por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre operações relativas à **circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação** (grifamos)⁸⁵.

Abre-se espaço para lembrar que, caso o Município firme contrato administrativo (convênio) com a União para que este possa cobrar e fiscalizar o ITR sobre imóveis em sua localidade, o Município ficará com a integralidade deste imposto, ao contrário da regra geral que lhe garante apenas a metade, quando não se fez o convênio.

⁸⁴BALLEIRO, Aliomar. **Uma Introdução à Ciência das Finanças**. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004, p. 129.

⁸⁵BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

Não obstante, que não se olvide que, o exercício da capacidade ativa impõe custos, tais como a propriedade ou a posse de imóvel público, custos de implementação e manutenção, despesas com servidores públicos, instrumentos de trabalho etc. Ou seja, a cobrança efetiva do imposto implica custos e, nem sempre, é bom custo-benefício esta implantação. Por isto, municípios de pequeno porte decidem não implementar este acordo.

Ainda neste mote de repartição de receitas, temos o repasse automático da União e dos Estados para o Fundo de Participação dos Municípios, constituindo uma transferência demasiadamente importante para municípios com baixo potencial de economia local. Cabe lembrar que o fundo, apesar de não ter autonomia própria e ser um ente despersonalizado, é suscetível de fiscalização por movimentar dinheiro público e, portanto, de interesse de todos:

Art. 159. A **União entregará**: (Vide Emenda Constitucional nº 55, de 2007)
 I - do produto da arrecadação dos **impostos** sobre **renda** e proventos de qualquer natureza e sobre produtos industrializados, **49%** (quarenta e nove por cento), na seguinte forma: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 84, de 2014)
 [...].
 b) **vinte e dois inteiros e cinco** décimos por cento ao **Fundo de Participação dos Municípios**;
 [...].
 d) **um** por cento ao **Fundo de Participação** dos Municípios, que será entregue no primeiro decêndio do mês de dezembro de cada ano; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 55, de 2007)
 e) **1% (um** por cento) ao Fundo de **Participação dos Municípios**, que será entregue no primeiro decêndio do mês de julho de cada ano; (Incluída pela Emenda Constitucional nº 84, de 2014)
 [...].
 § 3º Os **Estados** entregarão aos respectivos **Municípios vinte e cinco** por cento dos **recursos** que receberem nos termos do inciso II, observados os critérios estabelecidos no art. 158, parágrafo único, I e II.
 § 4º Do montante de recursos de que trata o inciso III que cabe a cada **Estado, vinte e cinco** por cento serão destinados aos seus **Municípios**, na forma da lei a que se refere o mencionado inciso. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003) (grifamos)⁸⁶.

Impende lembrar que todo este direcionamento financeiro é submetido à fiscalização interna de cada ente político, pelo CN, com o auxílio dos Tribunais de Contas, além do direito de qualquer cidadão poder denunciar qualquer irregularidade. Também há limitação de qualquer retenção ou restrição ao envio e ao uso dos recursos supramencionados, salvo condicionamento da entrega destes

⁸⁶BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

recursos ao cumprimento do já citado dispositivo do art. 198, § 2º, incisos II e III da CF/88:

Art. 160. É vedada a retenção ou qualquer restrição à entrega e ao emprego dos recursos atribuídos, nesta seção, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, neles compreendidos adicionais e acréscimos relativos a impostos.

Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

[...]

II – ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)⁸⁷.

Insta afirmar que, caberá à lei complementar dispor sobre os critérios específicos de aplicabilidade prática dos recursos destinados ao SUS, pelos Municípios, de acordo com critérios taxativos e vinculantes, conforme dispõe o art. 161 da CF/88. Isto porque, a lei complementar, além de ter um quórum diferenciado (maioria absoluta) em relação à lei ordinária (maioria relativa), só pode servir como instrumento de matérias expressamente previstas pela nossa Carta Maior:

Art. 161. Cabe à lei complementar:

I - definir valor adicionado para fins do disposto no art. 158, parágrafo único, I;

II - estabelecer normas sobre a entrega dos recursos de que trata o art. 159, especialmente sobre os critérios de rateio dos fundos previstos em seu inciso I, objetivando promover o equilíbrio sócio-econômico entre Estados e entre Municípios;

III - dispor sobre o acompanhamento, pelos beneficiários, do cálculo das quotas e da liberação das participações previstas nos arts. 157, 158 e 159.

Parágrafo único. O Tribunal de Contas da União efetuará o cálculo das quotas referentes aos fundos de participação a que alude o inciso II.

Art. 162. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios divulgarão, até o último dia do mês subsequente ao da arrecadação, os montantes de cada um dos tributos arrecadados, os recursos recebidos, os valores de origem tributária entregues e a entregar e a expressão numérica dos critérios de rateio.

Parágrafo único. Os dados divulgados pela União serão discriminados por Estado e por Município; os dos Estados, por Município.

[...]

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II – os critérios de **rateio** dos **recursos** da União vinculados à **saúde** destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

⁸⁷BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

III – as normas de **fiscalização, avaliação e controle** das **despesas com saúde** nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000) (grifamos)⁸⁸.

Cumprindo, então, o mandamento constitucional acima, o regramento do Sistema Único de Saúde veio entabulado pela Lei Complementar n. 141/2012⁸⁹. Não obstante, o serviço público de saúde ser essencialmente de obrigação do Estado, este permite que o mesmo seja, também, implementado pela iniciativa privada, de maneira a suplementar o SUS, seguindo as suas diretrizes, com as vedações de repasses públicos a estes entes e participação direta ou indireta do setor público perante eles, segundo suas diretrizes, através de contrato de direito público ou de convênio, dando predileção às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos (art. 199, CF/88).

Nesta senda, cabe a ação conjunta dos poderes Executivo e Legislativos, regularizando os protocolos de atendimento a serem prestados aos usuários do sistema público de saúde.

Neste ponto, Maria Paula Dallari Bucci alerta:

Mas nas normas há pouca referência ao atendimento aos usuários, o que poderíamos chamar de “última milha” do serviço. A preocupação do Poder Público em disciplinar de forma mais estrita o conceito de integralidade, para limitar o que pode ser esperado do sistema de saúde, não foi acompanhada de iniciativa correspondente tratando do outro lado da moeda, isto é, o que deve ser exigido do sistema, com base nos direitos dos usuários⁹⁰.

Prossegue a pesquisadora acentuando que a lei do SUS (Lei n. 8.080/90), no seu art. 7º, VI, traz uma espécie de laconismo ao utilizar a expressão “usuário” apenas uma vez: “VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário.” Para a mesma, a regulamentação disto não deve ser uma norma retórica visando criar uma ampla e genérica lista de direitos dos usuários deste sistema.

Em contrapartida, deve haver a defesa da norma que discipline os ritos que se desdobrem em ações de saúde, passo a passo, atrelado aos mecanismos

⁸⁸BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

⁸⁹BRASIL. **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; [...]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 20 jun. 2018.

⁹⁰BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 84.

vigentes, adstritos a eventuais consequências pelo descumprimento das mesmas, a fim de evitar e ineficiência das políticas de atendimento. Assim, permite-se mais facilmente a caracterização do risco de omissão estatal sobre a prestação, especialmente os elementos caracterizadores de negativa de atendimento às necessidades da saúde do cidadão municipal.

E, assim, assevera a pesquisadora:

Um documento que poderia servir de base para tal normatização seria a carta dos Direitos dos Usuários do Sistema Único de Saúde, aprovada pela Portaria MS n. 675, de 30 de março de 2006. A Diferença entre o que consta do texto anexo daquela portaria e o que entendemos necessário é o aspecto normativo, por meio do qual se defina o encadeamento de **ações e seus efeitos, resguardando-se entre outros direitos: a) o de ser informado; b) o de obter uma resposta do sistema de saúde, em prazo certo; c) o de ter caracterizada a negativa como pressuposto hábil à atuação do direito subjetivo.** (grifamos)⁹¹.

Por outro lado, os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação de saúde. Nestes, devem ser respeitados princípios éticos e as normas previstas pelo órgão de direção do SUS no que tange às condições para o seu funcionamento.

Todavia, como há muita possibilidade de envolvimento de recursos públicos, a CF/88 proibiu destinação de recursos para auxílios ou subvenções às instituições privadas sem fins lucrativos. Também foi proibido a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no Brasil, excepcionado casos autorizados em lei.

José Afonso da Silva⁹² critica esta vedação, afirmando que:

O 3º do art. 199 da CF contém regra praticamente inócua, ao vedar a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, 'salvo nos casos previstos em lei', como a lei pode prever todos os casos, não há limitação alguma. Talvez não fosse mesmo o caso de proibir a participação de empresas ou de capitais estrangeiros, mas apenas a remessa de lucros provenientes de serviços de assistência à saúde. A lei (Lei 8.080/2000), em verdade, repete a vedação constitucional de participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, mas admite o recebimento de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Ações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos. Em qualquer caso, é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do

⁹¹BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 84.

⁹²SILVA, José Afonso da. **Comentário Contextual à Constituição**. 9. ed. São Paulo: Malheiros, 2014, p. 788.

Sistema Único de Saúde, submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

E, por fim, a atuação do SUS é vinculada expressamente pelo art. 200 da CF/88, além da complementação normativa da Lei Complementar n. 141/2012⁹³ que, após nove anos tramitando no Congresso Nacional, teve o mote de fixar os percentuais mínimos a serem aplicados, anualmente, pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos do sistema de saúde, elencando os critérios de distribuição dos recursos de transferências para a saúde e devidas normas de controle, fiscalização e avaliação das despesas nesta seara.

Conforme a organização regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente do⁹⁴ SUS, a direção desde, devido à unicidade de sua direção, de acordo com o art. 198, I, da CF, é exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: a) União - pelo Ministério da Saúde⁹⁵; b) Estados e Distrito Federal - pela Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; c) Municípios – pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (Lei 8.080/1990).

Inclusive, percebe-se que os objetivos do SUS, dentre tantos, são enfáticos em direcionar ações de prevenção, ou seja, antes que seja preciso agir na recuperação, bem como atenção a questões de saneamento básico.

3.4 A TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DA UNIÃO PARA O MUNICÍPIO

Assim, a lei complementar revelará os critérios de transferências de recursos para o SUS e ações de assistência social da União para os Estados, Distrito Federal e os Municípios, e dos Estados para os Municípios, respeitada a respectiva contrapartida financeira.

⁹³BRASIL. **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; [...]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 20 jun. 2018.

⁹⁴BRASIL. **Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

⁹⁵Fazendo um retrospecto sobre as medidas de organização adotadas pelo Ministério da Saúde, chama a atenção a preponderância da interlocução com os gestores do sistema sobre aquela dirigida aos usuários. Pode-se entender que essa precedência é natural, pois, num serviço desorganizado, o atendimento ao usuário final só pode ser igualmente desorganizado. O melhor ou pior atendimento, nesse caso, não resultará da racionalidade da política, mas do acaso ou de fatores outros de desigualdade dos cidadãos (lugar do atendimento, condição social etc.). BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 83.

Estes critérios de recursos da União e os dos Estados devem obedecer aos critérios da lei complementar. Os critérios de repasse desta parte dos recursos é a lei ordinária indicada no § 10º do art. 195, da CF/88, que tem de prever. Além desses recursos, a Emenda Constitucional n. 29/2000, que incluiu os §§ 2º e 3º no art. 198, previu destinação especial por parte da União, na forma e no montante estabelecido naquela lei complementar; assim, são recursos adicionais.

Igualmente à atribuição dos Estados e os seus recursos provenientes de suas fontes tributárias (arts. 155, 157 e 159), a lei complementar há de estabelecer as parcelas que devem ser atreladas aos seus Municípios, já que, também, se fixou vinculação de impostos destes entes aos mesmos fins. Logo, a vinculação deve ser direcionada apenas às ações e serviços de saúde dos Estados e dos Municípios, distintamente⁹⁶.

No que tange à operacionalização do sistema de saúde, este é organizado em um organograma delimitado por necessidades específicas e territoriais, proporcional aos critérios direcionadores que vão pautar a formação do SUS:

Art. 198. As **ações e serviços** públicos de saúde integram uma **rede regionalizada e hierarquizada** e constituem um **sistema único, organizado** de acordo com as seguintes **diretrizes**:
 I - **descentralização**, com **direção única** em **cada esfera** de **governo**;
 II - **atendimento integral**, com **prioridade** para as atividades **preventivas, sem prejuízo** dos serviços **assistenciais**;
 III - **participação da comunidade**. (grifamos)⁹⁷.

Percebe-se que o direito à saúde é um direito positivo, que exige prestações efetivas do Estado, impondo aos entes públicos a realização de determinadas ações⁹⁸ que implementem o direito em análise.

A forma de financiamento do sistema de saúde também foi expressamente delineada. Como o mesmo compõe o orçamento da seguridade social, e esta deve

⁹⁶“Diferentemente do que ocorre na saúde, em que a Constituição delineou um sistema baseado na coordenação da União, por meio do SUS, na educação o processo de transferência de encargos e responsabilidades para os agentes locais ocorreu sem um planejamento estruturado que fincasse as bases para a cooperação e coordenação entre a União e os entes federados; tampouco permitiu a transferência de recursos públicos calcada no princípio da solidariedade, capaz de equilibrar de forma satisfatória as assimetrias existentes”. *Ibidem*, p. 112.

⁹⁷BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

⁹⁸“A compreensão da dimensão dos arranjos institucionais é particularmente importante para os profissionais da área jurídica, pois a sua conformação pode facilitar ou travar o êxito das políticas. Tomando-se um exemplo importante na área da saúde, temos as normas de distribuição de competência e transferências de recursos entre os entes federativos para o cumprimento de seus deveres em matéria de efetivação desse direito”. BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 98.

ser financiada por toda a sociedade, os recursos que irão manter o SUS funcionando terão justamente esta origem.

Ademais, a composição quantitativa, através de percentuais sobre a receita corrente líquida, ou seja, sobre o saldo positivo de tudo o que se arrecada foi o critério constitucional escolhido para o financiamento da saúde no Brasil. Inclusive, este é o principal objeto de estudo ora em análise. Vejamos a repartição constitucional, ainda no art. 198, da CF/88:

§ 1º O **sistema único de saúde será financiado**, nos termos do art. 195, com **recursos do orçamento da seguridade social**, da **União**, dos **Estados**, do **Distrito Federal** e dos **Municípios**, além de **outras fontes**. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios **aplicarão, anualmente**, em **ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos** derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União, a **receita corrente líquida** do respectivo exercício financeiro, **não** podendo ser **inferior a 15% (quinze por cento)**; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o **produto** da **arrecadação** dos **impostos** a que se refere o art. 155 e dos **recursos** de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, **deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios**; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III – no caso dos **Municípios** e do **Distrito Federal**, o **produto** da **arrecadação** dos **impostos** a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000). (grifamos)⁹⁹.

O orçamento da Seguridade Social destina ao SUS, consoante a receita estimada, os recursos imprescindíveis à realização de suas finalidades, previstos em propostas elaboradas pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da previdência social e da assistência social, considerando as metas e as prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

Percebe-se que, além das previsões na LDO, outras fontes podem ensejar recursos, tais como:

[...] serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde; ajuda, contribuições, doações e donativos; alienações patrimoniais e

⁹⁹“Referidas normas dispõem sobre os princípios básicos que devem reger as ações e serviços públicos de saúde (art. 198, *caput*, I a III) e sobre os deveres do Poder Judiciário (arts. 196 e 197); organizam o SUS e definem suas competências (art. 200); estipulam os patamares mínimos de financiamento das ações e serviços públicos de saúde (art. 198, §§ 1º, 2º e 3º); e definem os critérios da participação da iniciativa privada na assistência à saúde (art. 199). Essas normas oferecem, enfim, ao direito à saúde as grandes bases de sua proteção”. BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 116.

rendimentos de capital; taxas, multas emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde; e rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais (Lei 8.080/1990, com redações das Leis 9.836/1999 e 10.424/2002. No fundo, são as mesmas “outras fontes” indicadas para o financiamento da Seguridade Social, a que o SUS se filia¹⁰⁰.

A fim de desburocratizar e facilitar a operacionalização local do SUS, é que a CF/88 permitiu que os gestores locais admitam agentes comunitários de saúde aos agentes de combate às endemias, por meio de processo seletivo público (art. 198, § 4º, da CF/88).

Devido à natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para a sua atuação, deve a lei federal dispor sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades desses agentes. Nota-se que esta forma de contratação é uma forma de exceção à exigência de concurso público para a admissão de pessoas, pelo Estado, inserido no art. 37, II, da CF/88.

Inclusive, além das hipóteses previstas na CF/88 para a perda do cargo público de servidor com estabilidade (art. 41, § 1º e art. 169, § 4º), o servidor que exerça funções semelhantes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias, poderá também perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício (art. 198, § 6º, CF/88).

A lei federal irá reger o regime jurídico, o piso salarial nacional, as devidas diretrizes para os planos de carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar o devido auxílio financeiro complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, a fim de cumprir o citado piso salarial (art. 198, § 5º, CF/88, com redação dada pela EC n. 63/2010).

Ademais, cabe lembrar que, no capítulo V da Lei Complementar n. 101/00, intitulada Lei de Responsabilidade Fiscal há disposição sobre as transferências voluntárias. Segundo ela, considera-se transferência voluntária o envio de recursos correntes ou de capital a outro ente político, como meio de suporte financeira, não derivado de norma constitucional, infraconstitucional ou vinculados ao SUS.

Para que seja materializada a transferência voluntária, é preciso cumprir determinados requisitos, tais como cumprir os limites constitucionais atrelados à

¹⁰⁰SILVA, José Afonso da. **Comentário contextual à constituição**. 9. ed. São Paulo: Malheiros, 2014, p. 784.

saúde. Todavia, caso haja algum descumprimento normativo, é possível a aplicação de sanções de suspensão de transferências voluntárias, salvo as de ações de saúde.

3.5 RECURSOS APLICADOS EM SAÚDE: AS FUNÇÕES DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (FNS) E DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS) DO SALVADOR

O Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) é um sistema de acesso público e gratuito, que disponibiliza na rede mundial de computadores dados relacionados à saúde. Ele visa fazer a apuração das receitas totais e gastos em ações e serviços públicos de saúde¹⁰¹.

É vinculado ao Ministério da Saúde, por força da Portaria Conjunta MS / Procuradoria Geral da República de n. 1163/2000, posteriormente retificada pela Portaria Interministerial n. 446/2004.

Hodiernamente, o SIOPS é submetido à coordenação da Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento (AESD), da Secretaria Executiva.

A inserção de dados do SIOPS tem natureza de declaração e objetiva compatibilizar de forma contábil, franqueada pelos Estados e Municípios, respeitando a codificação de classificação de receitas e despesas, entabuladas por meio de portarias publicadas pela Secretaria do Tesouro Nacional/MF.

Estas informações colhidas pelo SIOPS¹⁰² são provenientes do setor responsável pela contabilidade do ente político, facultando-se o acréscimo de informações contábeis ou originárias de relatórios e demonstrativos de execução orçamentária e financeira das gestões próprias dos Estados e dos Municípios.

Estes dados são inseridos no sistema e enviados eletronicamente, pela rede de internet, para os bancos de dados do DATA/SUS/MS, fazendo surgir indicadores, automaticamente, provenientes de informações fornecidas aos entes estaduais e municipais.

¹⁰¹MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

¹⁰²DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/financeiros/siops>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

Esta sistemática fornece benefícios que instrumentalizam melhorias na gestão, possíveis diagnósticos de pontos que necessitam de atenção e, principalmente, lastreiam a criação de políticas públicas adequadas. Ademais, informaliza os cidadãos e os Conselhos de Saúde a fim de potencializar o controle sobre a gestão pública dos governos.

Ademais, permite a livre consulta às receitas e despesas totais veiculadas por ações e serviços públicos de saúde, implementando o princípio financeiro da transparência, inclusive facilitando aos Conselhos de Saúde à transparência no que tange aos recursos públicos aplicados no setor de saúde pública, permitindo, conseqüentemente, que sejam feitas análises-críticas das escolhas públicas nas ações de saúde.

Assim, os Conselhos de Saúde constituem-se em instância de democratização e controle social, pois este, juntamente com a participação popular compõe a base do SUS, demonstrando que o resultado das conquistas da sociedade estruturada na órbita da saúde representa fortemente a democratização¹⁰³. Igualmente, é a medida que o povo tem a possibilidade de expressar a sua opinião, decidir, votar, criticar, fiscalizar, denunciar e participar ativamente das decisões políticas dos entes públicos que devem representar os seus interesses e proteger os seus direitos.

Outrossim, a conquista destes direitos reverbera a possibilidade da população exercer o seu direito de participar ativamente da elaboração das leis orçamentárias municipais e, conseqüentemente, influenciar nas decisões políticas que reverberam na saúde de todos.

Do ponto de vista prático, então, existe a possibilidade de cada cidadão tomar ciência e não apenas poder criticar o serviço que lhe é disponibilizado, como, também, pode participar ativamente do estabelecimento destas políticas que atingem não apenas a saúde, mas, também, a própria vida.

¹⁰³“Resultante do processo constituinte brasileiro que pautou a redemocratização do país, a proteção do direito à saúde dada pela Constituição de 1988 representa um pacto da sociedade brasileira em benefício da saúde individual e coletiva. O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, publicado em 1986, foi um dos grandes momentos da democracia sanitária do Brasil. Coordenado por Sérgio Arouca, o relatório resume as deliberações tomadas por mais de quatro mil participantes, sendo mil delegados, e apresenta a síntese das demandas sociais em saúde que seriam, dois anos depois, traduzidas pela Constituição de 1988 e pelas leis ns. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990.” BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 116.

E, para efetivar e possibilitar este tipo de participação popular e democrática existem os Conselhos de Saúde municipais, além dos estaduais e nacional. Ambos são espaços onde as pessoas podem deliberar, fazendo parte, assim, da estrutura política-institucional do SUS.

Ambos existem há mais de 20 anos e funcionam em todas as unidades federativas do Brasil. São, consoante Marco Aurélio Serau Jr.¹⁰⁴ inclusive, uma “inovação cultural crucial à democratização das decisões setoriais na área de saúde”.

Na sua estrutura interna, os Conselhos de Saúde formam órgãos de modulação colegiada, unindo representantes de variados setores da sociedade. São permanentes e deliberativos. Ou seja, devem sempre existir e se reunir, decidindo juntamente as principais determinações a serem praticadas naquele local.

Neste ritmo, detêm a liberalidade para exercer o respectivo controle e fiscalização da execução das políticas de saúde, até mesmo sobre os espectros financeiros e econômicos, auxiliando os entes governamentais a fazer devidamente o bom uso dos recursos públicos, conforme as necessidades de acesso aos serviços de saúde.

Afora os Conselhos de Saúde, há também as Conferências de Saúde, também atingindo a órbita municipal, estadual e federal. Nelas, permite-se uma abertura popular para que cada localidade, em cada município, haja a devida consulta e respectiva avaliação das necessidades locais pontuais, a fim de instruir a fixação de diretrizes municipais de saúde.

Incumbe inferir que estas assembleias são instaladas quadrienalmente. Isto de forma ordinária, pois, caso seja preciso, poderá haver a convocação de forma extraordinária.

Então, estes instrumentos estão pautados na CF/88 e nas legislações dos entes federativos, materializando uma evolução gradual expressada no âmbito do leque sociopolítico do cidadão. Este, ao exercer os seus direitos, seja fora do órgão ou dentro dele (como conselheiro), deve estar bem instrumentalizado tecnicamente e antenado com as necessidades fáticas reais que possam bem influenciar o papel de fortalecer a defesa dos interesses da proteção da saúde dos seus pares locais.

¹⁰⁴SERAU JR, Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Claudia Crespo; COSTA, José Ricardo Caetano. **Direito e Saúde Construindo a Justiça Social**. São Paulo: LTR, 2016, p. 54.

Não obstante, os Conselhos de Saúde, na prática, enfrentam entraves de funcionamento que convergem, em último grau, na sua própria falta de eficácia, ao contrário do produtivo momento participativo e evolucionista que aconteceu na década de 90, através dos intensos debates sobre as políticas públicas na área de saúde. Com espeque em Marco Aurélio Serau Jr.¹⁰⁵, a CF/88 estabelece a vontade do legislador em direcionar a realidade social e política. Todavia, a realidade tem se mostrado bem distinta.

Consoante Maria Eliana Labra *apud* Marco Aurélio Serau Jr.¹⁰⁶, este problema em si é diretamente influenciado por uma democracia ainda jovem suscetível de alternativas na cultura política e cívica. Segundo a pesquisadora: 59% dos brasileiros não sabem o significado de democracia e 50% é uma sociedade sem identidade ou sem projeto civil. De forma bem crítica, assevera a pesquisadora:

Os **índices acima apontados, somados com a realidade** demonstrada por Leo Pessini e Christian de Paul Barchifontaine, tornam a situação ainda mais preocupante e dificultosa à administração do sistema de saúde; considerando a grande diversidade social e econômica do país, a população se divide em três grupos: o Brasil dos que tem plano de saúde, sendo que desses brasileiros 80% poderiam resolver os seus problemas em casa, por meio de vacinas, saneamento básico, orientação correta e cuidados ambulatoriais, e o Brasil dos que, na prática, não tem acesso a nenhum tipo de socorro, padecendo das doenças da miséria e da desinformação, esses somam cerca de 10 milhões de brasileiros, são aqueles que necessitam aprender a beber água filtrada, nem sabem que possuem direito a ser beneficiados pela universalização do atendimento assegurada pela Constituição. (grifamos)¹⁰⁷.

Nota-se, então, que acentuada diferença em aspectos da realidade social brasileira ocasiona grande dificuldade à gestão do SUS, levando em consideração, claro, a dimensão continental do Brasil, o escalonamento cultural e a pirâmide econômica.

Para Marco Aurélio Serau Jr.¹⁰⁸ parte significativa dos gastos com saúde poderia ser redirecionados através de medidas socioeducativas, estabelecimento de políticas públicas direcionadas para a educação à saúde, especialmente as de iniciativa local, pois há ênfase às necessidades da própria localidade, permitindo ao Município identificar mais facilmente a necessidade de localizar, focar e controlar o seu atendimento no setor de saúde com mais efetividade.

¹⁰⁵SERAU JR, Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Claudia Crespo; COSTA, José Ricardo Caetano. **Direito e Saúde Construindo a Justiça Social**. São Paulo: LTR, 2016, p. 54.

¹⁰⁶*Ibidem, loc. cit.*

¹⁰⁷*Ibidem, p. 55.*

¹⁰⁸*Ibidem, loc. cit.*

Logo, este processo democrático de consciência cívica municipal fortalece a saúde, como elemento de responsabilidade pública, devendo ser gerenciada com uso de critérios de interesse público. Faz-se mister, conseqüentemente, a devida análise criteriosa dos interesses municipais de saúde.

Este, naturalmente, deve ensejar uma evolução na concepção de reforma na área de saúde, por meio de uma capilaridade de ações públicas aperfeiçoadas pelo controle social municipal, com ênfase no progresso de possíveis conquistas pelos Conselhos Municipais e Conferências de Saúde, através do seu caráter deliberativo e paritário, com espede na lei.

Os principais avanços em saúde no século XX estão entre as maiores evoluções sociais desse interregno. As condições de saúde tendem a evoluir a partir do progresso do conhecimento básico. Assim, a questão não é apenas a liberação do conhecimento, mas a sua promoção como algo indispensável para enlevar as pessoas à consciência de necessidade de uma maior inserção das mesmas a um Sistema de saúde de qualidade. Corrobora Marco Aurélio Serau Jr.:

Nestes termos, os **Conselhos Municipais de Saúde poderia se transformar num trampolim importante para a vivência da cidadania, viabilizando e elucidação à população local acerca dos fatores socioambientais que comprometem o equilíbrio entre os fatores físicos, mentais e sociais do indivíduo, objetivando um equilíbrio nessa esfera.** Seria possível a construção e o desenvolvimento de preceitos morais solidificados sob uma diretriz ética de democratização ativa, sobretudo viabilizando uma medida de resolução mais concreta e duradoura para os modernos problemas que a saúde apresenta, como a medicalização da vida e a judicialização da saúde, fenômenos sociais que nasceram conjuntamente com a nova concepção de saúde. (grifamos)¹⁰⁹.

Percebe-se, então, que para a promoção da saúde municipal, faz-se necessário, também, o papel da educação, da informação, fiscalização, controle, divulgação e promoção da saúde a fim de acender uma nova cultura promocional de saúde municipal democrática, participativa e plural.

Hodiernamente, o gestor público não deve apenas se preocupar com disponibilizar informações a todos amplamente ou simplesmente disponibilizar o serviço à saúde. É preciso também implementar políticas públicas para educar a população para a saúde, levando o mesmo ao *status* de ser o seu próprio agente de saúde, no sentido de provedor e crítico participativo do sistema.

¹⁰⁹SERAU JR, Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Claudia Crespo; COSTA, José Ricardo Caetano. **Direito e Saúde Construindo a Justiça Social**. São Paulo: LTR, 2016, p. 05.

Esta consciência crítica de seu direito à saúde como um direito estatual e não um favor político deve fazer parte desta nova cultura sociológica e social de participação cidadã na estrutura decisiva da saúde. Por mais difícil que seja esta forma de caminho, a sua concretização tem grande potencial para uma construção sólida de saúde municipal condizente com os anseios sociais locais.

Estas nuances de *performance* da ingerência das ações municipais de saúde serve de anteparo para o fortalecimento das políticas públicas municipais de saúde direcionadas a aplacar as suas problemáticas, suplantando o eventual adoecimento físico e mental dos seus protegidos constitucionais e legais.

O Município, como ente político autônomo e independente, apesar de não estar previsto expressamente no texto do art. 24¹¹⁰, este, por força do art. 30 da CF/88¹¹¹ tem a competência não apenas para legislar sobre assuntos de interesse local, como prestar o serviço na área de saúde, com o devido apoio operacional e monetário dos demais entes:

Art. 30. **Compete aos Municípios:**

I - **legislar** sobre assuntos de **interesse local**;

[...]

VII - prestar, com a **cooperação técnica e financeira** da **União** e do **Estado**, **serviços** de atendimento à **saúde** da população; (grifamos).

O Fundo Nacional de Saúde (FNS)¹¹², criado através do Decreto nº 64.867/69, como um fundo especial, é o gestor financeiro dos recursos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera federal. Os seus recursos destinam-se às transferências aos Estados, o Distrito Federal e os Municípios, para que estes realizem, de maneira descentralizada, ações e serviços de saúde, bem como investimentos na rede de serviços e na cobertura assistencial e hospitalar, todos no âmbito do SUS. Estas transferências são realizadas nas seguintes modalidades: Fundo a Fundo, Convênios, Contratos de Repasses e Termos de Cooperação.

¹¹⁰O artigo 24, XII, da CF/88, por sua vez, define a competência legislativa concorrente entre a União, Estados e Distrito Federal em matéria de proteção e defesa da saúde. Dispõe o texto constitucional: 'Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre [...] previdência social, proteção e defesa da saúde.' BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 115.

¹¹¹Nesse aspecto legislativo, o papel dos Municípios é suplementar, na medida em que o artigo 30, II, estabelece ser competência dos Municípios 'suplementar a legislação federal no que couber.' BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 115.

¹¹²BRASIL. **Fundo Nacional de Saúde**. Ministério da saúde. Disponível em: <<http://portalfns.saude.gov.br>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por meio da Subcoordenadoria de Informações em Saúde (SUIS), disponibiliza amplamente, pela *internet*, o Portal de Informação em Saúde. Como este, diversas informações e dados são amplamente divulgados, facilitando o acesso de qualquer pessoa interessada no setor de saúde do município do Salvador. Ele, também, permite que outros sítios eletrônicos permitam a criação de controles de qualidade dos sistemas auxiliando a gestão, atuação dos grupos de trabalho, produção de conhecimento e maior controle por parte dos cidadãos soteropolitanos.

Em Salvador, o órgão responsável pela gestão destes recursos é a Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹³ que, atualmente, se utiliza dos seguintes instrumentos estratégicos de dados e estrutura de ações: Plano Municipal de Saúde (2014/2017), Planejamento Estratégico de Gestão (2013/2016): Planejamento Saúde e Planejamento Completo; e o Caderno de Diretrizes (2013/2015).

A Secretaria Municipal da Saúde foi institucionalizada pela Lei n.º 912/59. Ela visa programar e implementar a política pública-municipal. Ademais, existe a Subsecretaria, responsável pela assistência ao responsável pela Secretaria. A SMS tem por finalidade formular e executar a política de saúde pública do Município, com as seguintes áreas de competência:

[...] direção, formulação e coordenação da política de saúde do município de acordo os instrumentos legais que dispõem sobre o Sistema Único de Saúde – SUS; planejamento e operacionalização das ações e serviços públicos de saúde; regulação, controle e avaliação dos serviços de atenção à saúde em todo o território Municipal; ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e do trabalhador; integralidade da assistência à saúde; participação no desenvolvimento das ações e serviços do sistema vigente de saúde, concorrentemente com outras esferas do Poder Público; promover e desenvolver a política de gestão do trabalho e educação permanente em saúde; prover as condições materiais e administrativas necessárias ao funcionamento da rede de saúde do SUS Salvador – gestão dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde; apoiar o processo de mobilização social em defesa do Sistema Único de Saúde; ações de auditoria no âmbito do Sistema Municipal de Saúde para a melhoria da qualidade da atenção à saúde.

A SMS objetiva uma gestão democrática do Sistema Municipal de Saúde a fim de obter o reconhecido de todos e conduzir plenamente este sistema.

¹¹³PREFEITURA DO SALVADOR. **Secretaria da Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

Segundo a SMS, no que tange ao financiamento do SUS, Salvador possui grandes desafios, especialmente, para atender a universalidade e integralidade do atendimento prestado aos cidadãos. Com arrimo na Lei Complementar n. 141/12¹¹⁴, a quantia aplicada pelos Municípios será calculada com base na Receita Líquida de Impostos (RLI), cabendo a estes entes aplicar 15% (quinze por cento) do total arrecadado de impostos, com espeque nos art.156, 158 e o § 3.º do art.159, da CF/88.

Destarte, o financiamento do SUS municipal, por parte da União se processa a partir de transferências regulares e automáticas do Ministério da Saúde (MS), a partir do FNS para o Fundo Municipal de Saúde (FMS)¹¹⁵. Ocorre que, desde 2007, as transferências dos recursos federais para as ações e serviços públicos de saúde passaram a ser efetuadas através dos blocos de financiamento: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimento.

Dentre as diversas áreas técnicas da SMS, existe o Fundo Municipal, operado pela Coordenadoria Executiva do Fundo Municipal de Saúde (FMS), cuja atribuição é administrar e controlar os recursos, conforme a Lei Municipal nº 4.301/91¹¹⁶. Na sua estrutura, há os seguintes setores: Núcleo de Execução Orçamentária e Financeira (NOF), que tem como mote a elaboração e implemento da Lei Orçamentária Anual; o Setor de Orçamento (EMPENHO), cuja função é analisar os processos administrativos de aquisição de bens e contratação de serviços, além de empenhar despesas e acompanhar a implemento das respectivas notas de empenho (NE); Subcoordenação de Liquidação, com função de analisar e liquidar as despesas inerentes à Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Subcoordenação de Controle de Contas (FINANCEIRO), que fita gerenciar os recursos dos três entes políticos enviados pela SMS; Subcoordenação de Contabilidade, responsável pela

¹¹⁴BRASIL. **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; [...]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 20 jun. 2018.

¹¹⁵PREFEITURA DO SALVADOR. **Fundo Nacional**. Disponível em: <<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/fundo-municipal/>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

¹¹⁶SALVADOR. Coordenadoria Executiva do Fundo Municipal de Saúde (FMS). **Lei Municipal nº 4.301/91**. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/BA/SALVADOR/LEI-4103-1990-SALVADOR-BA.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2018.

contabilidade das receitas e despesas da SMS e prestação de contas lastreadas no controle interno e externo.

Um importante órgão de controle no ramo da saúde pública municipal é o Sistema Municipal de Auditoria (SMA/SUS/SALVADOR), gerenciada pela Secretaria Municipal de Saúde, com fins de fazer auditorias internas, controle e fiscalização, de forma perene, sem impedir atuação de outros órgãos, tudo conforme o Decreto 15.374/04.

Neste passo, segundo o art. 2º da lei supracitada¹¹⁷, por controle, entende-se as atividades relacionadas a verificar a execução dos programas de trabalho, das práticas do SUS/Salvador e o cumprimento de contratos e convênios celebrados pela SMS. Já a avaliação é a análise quantitativa e qualitativa dos resultados colhidos pelo SUS/Salvador, referente aos objetivos dos programas de saúde e adequação conforme critérios de qualidade, eficiência e eficácia fincados pelos órgãos. Por fim, a auditoria representa a análise sistemática ampla e livre dos fatos originados da observação ou outras técnicas apropriadas, visando verificar a melhor adequação de uma ação ao que foi proposto pelas normas então vigentes.

Por corolário, o resultado dos controles, avaliações e auditorias deve servir como amparo para orientar a elaboração dos programas do SUS/Salvador.

O Sistema Municipal de Auditoria possui um caráter importantíssimo na função de fiscalizar toda a implementação do sistema de saúde municipal. Dentre os principais objetivos do Sistema Municipal de Auditoria¹¹⁸, estão:

- I - observar o **cumprimento** das normas inerentes à organização e funcionamento do **SUS/SALVADOR**;
- II - acompanhar a **execução e desempenho de programas de saúde** da rede própria;
- III - estabelecer e exercitar um método de trabalho preventivo, no sentido de evitar procedimentos não compatíveis com as normas do SUS;
- IV - aferir a preservação dos padrões estabelecidos e proceder o levantamento de dados que permitam ao SMA conhecer a **qualidade**, a **quantidade** e os **gastos** da atenção à saúde;
- V - avaliar objetivamente os elementos componentes dos processos da instituição, serviço ou sistema auditado, objetivando a melhoria dos procedimentos, através da detecção de desvios dos padrões estabelecidos.

¹¹⁷PREFEITURA DO SALVADOR. **Sistema Nacional de Auditoria**. Disponível em: <http://www.gestaopublica.salvador.ba.gov.br/cadastro_organizacional/documentos/sms_smadm.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2018.

¹¹⁸PREFEITURA DO SALVADOR. **Sistema Nacional de Auditoria**. Disponível em: <http://www.gestaopublica.salvador.ba.gov.br/cadastro_organizacional/documentos/sms_smadm.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2018.

VI - avaliar a **qualidade**, a **propriedade** e a **efetividade dos serviços de saúde** prestados à população, visando a **melhoria progressiva da assistência à saúde**.

VII - produzir informações para subsidiar o planejamento das ações que contribuam para o **aperfeiçoamento do SUS** e para a **satisfação do usuário**. (grifamos).

Nota-se, então, como tem-se à disposição um órgão que, teoricamente, não apenas controle os gastos e direcione a tomada de decisões do ente governante, como, também, tem a atribuição de perquirir a qualidade dos serviços prestados e, conseqüentemente, levantar os índices de satisfação da população.

Mais do que simplesmente exigir o fiel cumprimento de normas na seara da saúde, o diferencial é a possibilidade legal de imposição de sanções às pessoas que descumprirem o estipulado na lei. Neste aspecto, consoante a inteligência extraída dos arts. 13 e 33 da lei supramencionada¹¹⁹, o Auditor – chefe poderá propor ao Gestor a aplicação de sanções administrativas aos prestadores de serviço, conforme a gravidade da ação de irregularidade. E esta sanção será aplicada consoante a Lei de Licitações (Lei n. 8.666/93)¹²⁰, Lei Estadual n. 4.660/86¹²¹, que regulamenta as contratações de obras, compras, serviços e alienações da Administração Estadual e na Lei Municipal n. 4.484/92¹²², que regula os contratos e licitações municipais.

Aliás, cabe ressaltar que, com base na Lei de Licitações Públicas (no seu art. 24) é dispensável a licitação na contratação em que for preciso transferência de produtos tecnológicos imprescindíveis para o SUS, respeitando-se a sua lei instituidora (Lei n. 8.080/90)¹²³ e da direção nacional do SUS; também para compra, por pessoa jurídica de direito público interno, de matérias-primas estratégicas para a saúde, produzidos ou distribuídos por fundação que, tenha a obrigação de oferecer

¹¹⁹PREFEITURA DO SALVADOR. **Sistema Nacional de Auditoria**. Disponível em: <http://www.gestaopublica.salvador.ba.gov.br/cadastro_organizacional/documentos/sms_smadm.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2018.

¹²⁰BRASIL. **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993**. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8666cons.htm>. Acesso em: 20 jun. 2018.

¹²¹BAHIA. **Lei nº 4.660 de 08 de abril de 1986**. Lei n. 4.660/86. Dispõe sobre a licitação e contratação de obras, serviços, compras e alienações da Administração centralizada e autárquica do Estado, e dá outras providências. Disponível em: <<https://governo-ba.jusbrasil.com.br/legislacao/85419/lei-4660-86>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

¹²²SALVADOR. **Lei nº 4484 de 08 de janeiro de 1992**. Dispõe sobre licitações e contratos da administração municipal e dá outras providências. Disponível em: <<https://cm-salvador.jusbrasil.com.br/legislacao/828496/lei-4484-92>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

¹²³BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 jun. 2018.

suporte a órgão da administração, para intenção de apoiar órgão da administração pública direta, fundacional ou autárquica.

4 AS RECEITAS PÚBLICAS APLICADAS NA ÁREA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO SALVADOR

4.1 A LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE SALVADOR/BA

A Lei Orgânica de Salvador¹²⁴ prevê especificadamente a saúde no capítulo III, do Título V – “Da Ordem Econômica e Social”. Todavia, a primeira atribuição do município nesta seara ocorre no art. 7º, inciso XXXVI, que prevê que cabe ao município incentivar e apoiar a criação de cooperativas de saúde.

No seu art. 8º, é fixada a competência do Município do Salvador, para cuidar da saúde, juntamente com os demais entes políticos (União, Estado e o Distrito Federal), respeitadas as normas de cooperação, insertas em lei complementar.

Neste ritmo, a saúde se torna, assim como já prevê a CF/88 um direito de todos e dever do município. Ao lado da União e do Estado, eles integram o Sistema Único Descentralizado (SUS), cujos serviços e ações, nesta seara, são direcionados (art. 204):

- I - o bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade e a eliminação ou redução do risco de doenças ou outros agravos à saúde;
- II - o acesso universal e igualitário às ações e serviços, para a promoção, proteção e recuperação e reabilitação da saúde, observadas as necessidades específicas dos diversos segmentos da população;
- III - o atendimento integral, com prioridade para ações preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- IV - assegurar condições dignas de trabalho, saneamento, habitação, alimentação, educação, transporte e lazer;
- V - proteger o meio ambiente e controle da poluição ambiental;
- VI - assegurar o atendimento integral a saúde da mulher, incluindo o planejamento familiar.

Cabe lembrar que as ações de saúde são de natureza pública. Apesar da possibilidade de prestação por empresas privadas, de forma supletiva e desde respeitadas os requisitos legais e as diretrizes específicas das políticas de saúde (art. 214), estas devem ter a legitimidade consoante contrato de direito público ou convênio, dando-se preferência às instituições filantrópicas de utilidade pública e sem fins de lucro, tudo consoante arts. 214 e 216.

Fora a possível participação dos entes privados, estes serviços devem ser preferencialmente desempenhados pelo Estado. A crucial informação é que a área

¹²⁴LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE SALVADOR. Disponível em: <<http://www.cms.ba.gov.br/LOM001.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

da saúde deve receber o aporte mínimo de 15% (quinze por cento) das fontes de receitas, consoante o art. 206, ainda da Lei Orgânica do Município de Salvador. Não se pode olvidar que o Sistema de Saúde de Salvador tem financiamento proveniente de recursos do orçamento da seguridade social municipal, estadual, federal e de outros (art. 210).

Neste aspecto, de acordo com a sistemática constitucional, a Saúde é inserida no plexo de ações de participação obrigatória do Poder Público Municipal e da sociedade, formalizada pela concepção de Seguridade Social. Ademais, cabe mencionar que o ato das disposições transitórias, no seu art. 12 previu que, até que fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias, uma parte mínima do orçamento da seguridade social 30% (trinta por cento), deve ser destinada à saúde, excluído o seguro-desemprego.

Como forma de fazer a boa gestão deste setor, o Município criou o Conselho Municipal de Saúde, órgão com funções de fiscalizar e deliberar a política de saúde municipal, cuja composição é feita por: gestores do sistema; sindicato de trabalhadores; associações comunitárias; entidades representativas das classes empregadoras e entidades representativas de profissionais de saúde. Além disto, cabe ao Conselho convocar a Conferência de Saúde no Município do Salvador.

No que tange à estrutura, as secretarias de Saúde e Assistência Social possuem atribuições de manter os sistemas de unidades móveis na área da saúde, com prestação de serviços médicos e odontológicos, consoante prevê o art. 213.

4.2 A LEGISLAÇÃO MUNICIPAL SOBRE O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE EM SALVADOR

No Regimento Interno da Câmara Municipal de Salvador (Resolução n. 910/91)¹²⁵, as atribuições legislativas preveem a criação de Comissões, sob duas modalidades: Permanentes e Temporárias. Na área da saúde, tem-se a Comissão Permanente específica (art. 57, § 1º, “i”). Estas comissões possuem atribuições específicas de examinar tecnicamente sobre assuntos objetos de seus respectivos estudos e pareceres (art. 68).

¹²⁵REGIMENTO INTERNO DA CÂMARA MUNICIPAL DE SALVADOR. Disponível em: <<http://177.136.123.149/ext/files/regimento.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

No caso da comissão de Saúde, conjuntamente com a Comissão de Planejamento Familiar e Seguridade Social:

- a) **opinar em todas as proposições relativas a questões inerentes à Saúde e diretrizes do SUS** e à assistência social;
- b) promover eventos quanto à prevenção da Saúde;
- [...]
- d) opinar em todas as proposições pertinentes à Seguridade e Previdência Social;
- e) examinar e emitir pareceres em iniciativas de políticas públicas referentes à Seguridade e Previdência Social do Município;
- f) opinar sobre alternativas de custos e fundos para a Seguridade Social no Município;
- [...]
- i) participar da elaboração das propostas orçamentárias destinadas à assistência social, com o objetivo de impedir a redução dos investimentos sociais em decorrência da crescente demanda dos grupos sociais excluídos;
- j) monitorar a execução orçamentária com o objetivo de garantir a efetiva liberação dos recursos e recomendar a melhoria dos serviços de atendimento estabelecidos pela LOAS; [...]. (grifamos).

O Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano do Município de Salvador - PDDU 2016¹²⁶ (Lei n. 9069/2016, vide Decreto nº 28.560/2017) prevê diversas normas na seara ora objeto de estudo, desde a própria função social da cidade do Salvador.

Neste mesmo ritmo, são objetivos da Política Municipal potencializar a qualidade de vida da população do Salvador. Impende asseverar que este acesso à saúde é a primeiro setor indicado (art. 11), ou seja, é uma prioridade que deve ser respeitada frente a outras demandas sociais e estruturais.

Como forma de implementar este desiderato, neste mesmo patamar de importância, a melhoria da qualidade de vida está inserida como tópico imprescindível das diretrizes da Política Urbana do Município, com fulcro no art. 12. Este mote deve ser implementado pela integração dentre diferentes áreas do governo, concessionárias e agentes regidos pelo Direito Público e pelo Direito Privado. Interessante pontuar que lei prevê não apenas a proteção e acesso à saúde, mas, também, uma “melhoria constante”.

Concatenando com a permissão constitucional e da Lei Orgânica do Município do Salvador, esta lei em análise prevê diretrizes para o apoio à iniciativa privada para o desenvolvimento de empresas que atuam na área da saúde, tanto

¹²⁶SALVADOR. **Lei nº 9.069/2016**. Plano diretor de Desenvolvimento Urbano do Município de Salvador (PDDU 2016). Disponível em: <<http://www.sucom.ba.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/LEI-n.-9.069-PDDU-2016.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

para prestação de serviços de mais complexidade, objetivando a construção de polos especializados em Salvador (art. 14). Esta possibilidade materializa uma ingerência municipal ao fomento de produção de bens e serviços.

A colheita e análise de dados sobre saúde em Salvador, também, é utilizada como elementos caracterizados de necessidades habitacionais, especificando programas e critérios de prioridade para o atendimento no PHIS. Assim, “baixos índices de saúde”, devem ser inseridos no PMH.

Seguindo este mesmo objetivo de potencializar o acesso aos serviços públicos de saúde, o art. 88, inciso II, previu que cabe precipuamente à Política de Infraestrutura e Serviços Urbanos Básicos: “ampliar o atendimento e a qualidade dos serviços públicos de saúde”.

Com esquete no art. 102, o PDDU 2016¹²⁷ de Salvador entabulou o seguinte conceito de saúde:

A saúde é um direito social e universal, derivado do exercício pleno da cidadania, de relevância pública, organizada institucionalmente em um sistema universal e público de saúde, cujas ações visam à promoção da saúde, à prevenção de riscos, ao controle e/ou eliminação de doenças e agravos à saúde e à integralidade da atenção, assegurando condições para a sustentação da vida humana e bem-estar da população.

Assim, dentre as diretrizes para a saúde, estão a feitura do Plano Municipal de Saúde, que deve atender aos princípios e diretrizes do SUS, articulando-se com outros planos municipais, de outros setores.

Ademais, os serviços de saúde devem ser direcionados a suplantar as necessidades da população, respeitando especificidades de gênero, etnia, cultura etc., respeitando o art. 103.

Neste mesmo espectro, fincou-se a reorientação do modelo de atenção à saúde em Salvador, reorganizando ações de saúde para o controle de riscos, danos e outros fatores que sirvam de direcionamento para definição de prioridades e estratégias para monitorar e intervir, como ações de cura e prevenção no setor da saúde.

Uma norma que se destaca é vinculação entre a distribuição da rede de saúde, conforme a criação de Distritos Sanitários, podendo a mesma ser

¹²⁷SALVADOR. **Lei nº 9.069/2016**. Plano diretor de Desenvolvimento Urbano do Município de Salvador (PDDU 2016). Disponível em: <<http://www.sucom.ba.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/LEI-n.-9.069-PDDU-2016.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

redimensionada conforme elementos econômicos, sociais, demográficas e epidemiológicas.

Ao longo de 17 incisos, o art. 103 elenca diversos critérios para otimizar e fundamentar as decisões políticas que legitimam as escolhas públicas na política de serviços públicos de saúde em Salvador.

O Plano Municipal de Saúde 2018-2021¹²⁸ ainda não teve o seu texto final analisado, discutido, votado. O último (2014-2017)¹²⁹, dentro da sua estrutura, estabelece diversos conselhos responsáveis por uma gama de serviços prestados. Dentre estes, tem-se: atenção integral à pessoa com doença falciforme; atenção integral à saúde bucal; atenção integral à saúde da criança; atenção integral à saúde da mulher; atenção integral à saúde da pessoa com deficiência; atenção integral à saúde da pessoa idosa; atenção integral à saúde do adolescente; atenção integral à saúde do homem.

O Plano Plurianual (PPA)¹³⁰ mais recente de Salvador é regido pela Lei n. 9.299/2017, com vigência para o hiato entre 2018 a 2021, de forma regionalizada, decretado pela Câmara Municipal e sancionada pelo Prefeito, consoante norma inserida pelo art. 165, da CF/88, pelo art. 159 da Constituição do Estado da Bahia e pelo art. 161 da Lei Orgânica do Município.

Esta lei visa estabelecer as diretrizes estratégicas da Administração do Município do Salvador, fixando os gastos públicos (receitas) que incluem o patrimônio municipal (de capital) e outras possíveis decorrentes, sem olvidar de outras vinculadas a programas contínuos que visam a criação e implemento das políticas públicas municipais.

Uma das divisões das ações de políticas públicas ocorre através da divisão de programas que orientam o instrumento de ações do governo municipal. No âmbito do Poder Executivo, temos dois Programas: “Saúde ao Alcance de Todos” e “Saúde – Prevenção e Bem Estar” (art. 3º, § 1º, inciso I, alíneas “b” e “c”.)

¹²⁸SALVADOR. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/01/volume-i_plano_municipal_saude_2018_2021_ versao_consulta_publica.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2018.

¹²⁹SALVADOR. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms_2014_2017_ versao_preliminar.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2018.

¹³⁰SALVADOR. **Lei n. 9299/2017**. Plano Plurianual de Salvador. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/ba/s/salvador/lei-ordinaria/2017/930/9299/lei-ordinaria-n-9299-2017- institui-o-plano-plurianual-para-o-quadrienio-2018-a-2021-e-da-outras-providencias?q=9.299>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

4.3 ANÁLISE DOS RECURSOS DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SALVADOR

Dentre os sistemas financeiros do DATASUS, existe o Sistema de Informações sobre Orçamento Público (SIOPS). Conforme este sistema, a previsão atualizada de 2017 foi de R\$ 3.843.249.000,00 (três bilhões, oitocentos e quarenta e três milhões, duzentos e quarenta e nove mil reais) sendo que a receita realizada até o 6º Bim/2017 foi de R\$ 3.617.180.585,58 (três bilhões, seiscentos e dezessete milhões, cento e oitenta mil, quinhentos e oitenta e cinco reais e cinquenta e oito centavos).

Percebe-se, então, que a previsão de arrecadação de receita para o ano passado (2017) não foi atingida. Do montante previsto, faltou arrecadar ou receber R\$ 226.068.414,42 (duzentos e vinte e seis milhões, sessenta e oito mil, quatrocentos e quatorze reais e quarenta e dois centavos), o equivalente a uma redução de 5,88% (quase seis por cento).

Para este ano (2018), foi orçado um valor ainda menor do que o efetivamente arrecadado em 2017: R\$ 3.561.347.000,00 (três bilhões, quinhentos e sessenta e um milhões, trezentos e quarenta e sete mil reais), uma redução de R\$ 55.833.585,85 (cinquenta e cinco milhões, oitocentos e trinta e três mil, quinhentos e oitenta e cinco reais e oitenta e cinco centavos), uma redução equivalente a 1,54 (um inteiro e cinquenta e quatro centésimos). Como se não bastasse, houve uma previsão menor para ano de 2018.

Estas receitas foram provenientes das seguintes fontes: 1) Impostos: Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF), Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto sobre Transmissão sobre Bens Imóveis (ITBI), Imposto sobre Serviços (ISS) e Dívida Ativa de Impostos; 2) Sanções Pecuniárias: Multas e Juros de Mora de Impostos e Multa e Juros de Mora da Dívida Ativa; 3) Transferências Federais: Cota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios (100%); Cota-Parte do Imposto Territorial Rural (ITR); provenientes da Lei Complementar n. 87/96 – Lei Kandir (100%); 4) Transferências do Estado: Cota – Parte do Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Serviços (ICMS) - 100%; Cota-Parte do Imposto sobre Propriedade de Veículo Automotor (IPVA) – 100% e Cota – Parte do Imposto sobre Propriedade Industrial (IPI) – Exportação (100%).

Das Despesas Totais com Ações e Serviços Públicos no setor da Saúde, a dotação atualizada de 2017 foi de R\$ 1.584.000.104,00 (um bilhão, quinhentos e oitenta e quatro milhões e cento e quatro reais).

Desde total de receitas, R\$ 1.410.557.333,53 (um bilhão, quatrocentos e dez milhões, quinhentos e cinquenta e sete mil, trezentos e trinta e três reais e cinquenta e três centavos) foi empenhado. Nota-se, então, uma redução de R\$ 173.442.770,47 (cento e setenta e três milhões, quatrocentos e quarenta e dois mil, setecentos e setenta reais e quarenta e sete centavos), uma redução drástica de 10,94% (quase onze por cento).

Deste total que foi objeto de empenho, apenas uma parte foi liquidada: R\$ 1.388.624.717,04 (um bilhão, trezentos e oitenta e oito milhões, seiscentos e vinte e quatro mil, setecentos e dezessete reais e quatro centavos), somando uma redução de R\$ 21.932.616,49 (vinte e um milhões, novecentos e trinta e dois mil, seiscentos e dezesseis reais e quarenta e nove centavos), o que significa que 1,55% (mais de um e meio por cento) do que foi empenhado não foi liquidado.

Como última etapa de execução da despesa pública, temos o efetivo pagamento. No caso em tela, até o 6º Bimestre de 2017, foram pagos R\$ 1.377.272.213,78 (um bilhão, trezentos e setenta e sete milhões, duzentos e setenta e dois mil, duzentos e treze reais e setenta e oito centavos), o que significa que R\$ 11.352.503,26 (onze milhões, trezentos e cinquenta e dois mil, quinhentos e três reais e vinte e seis centavos) deixaram de ser aplicados na área de saúde soteropolitana.

Diante disto, fica demonstrado que, da previsão orçamentária inicialmente prevista para 2017 e o que foi efetivamente pago, houve uma diminuição de despesa: R\$ 206.727.890,22 (duzentos e seis milhões, setecentos e vinte e sete mil, oitocentos e noventa reais e vinte e dois centavos).

Para 2018, a redução de despesa é ainda mais acentuada; foram orçados R\$ 1.565.529.000,00 (um bilhão, quinhentos e sessenta e cinco milhões, quinhentos e vinte e nove mil reais). Comparando com 2017, resta fixado uma redução de previsão de despesas de R\$ 18.471.104,00 (dezoito milhões, quatrocentos e setenta e um mil, cento e quatro reais), que significa redução de 1,16% (um inteiro e dezesseis centésimos por cento).

Demonstra-se, então que:

ORÇAMENTO	VALORES
Receitas Previstas em 2017	3.843.249.000,00
Despesas Totais com Ações e Serviços de Saúde previstas para 2017	1.584.000.104,00
Diferença Nominal	2.259.248.896
Diferença Percentual	58,78% (cinquenta e oito inteiros e setenta e oito centésimos por cento)

Fonte: próprio autor.

ORÇAMENTO	VALORES
Receitas Realizadas até o 6º Bimestre de 2017	3.617.180.585,58
Total de Despesa Paga até o 6º Bimestre de 2017	1.377.272.231,78
Diferença Nominal	2.239.908.353,30
Diferença Percentual	61,92 (sessenta e um inteiro e noventa e dois centésimos por cento)

Fonte: próprio autor.

Nota-se, então, segundo os excertos acima, bruscas e progressivas reduções tanto das receitas públicas quando das despesas direcionadas ao setor de saúde do Município do Salvador.

Em Salvador, o total previsto de repasse automático de receitas (transferências de recursos) provenientes do SUS para 2017 foi de R\$ 706.650.000,00 (setecentos e seis milhões, seiscentos e cinquenta mil reais). Deste montante, houve uma redução de receita até o 6º bimestre de 2017: R\$ 634.281.155,16 (seiscentos e trinta e quatro milhões, duzentos e oitenta e um mil, cento e cinquenta e cinco reais e dezesseis centavos), uma redução de R\$ 72.386.844,84 (setenta e dois milhões, trezentos e oitenta e seis mil, oitocentos e quarenta e quatro reais e oitenta e quatro centavos), o que significa uma exponencial redução de 10,24% (dez inteiros e vinte e quatro centésimos por cento).

Conforme dados entre 2013 e 2016, percebe-se que houve um cumprimento referente ao percentual mínimo aplicado com recursos próprios:

	Despesa Mínima a ser aplicada com Recursos Próprios	Despesa aplicada com Recursos Próprios
TOTAL (2013 a 2016)	1.971.371.382,53	2.344.096.283,92

Fonte: próprio autor.

O total de despesas mínimas a ser aplicada em Ações e Serviços Públicos de Saúde, consoante a Lei Complementar n. 141/2012¹³¹ em 2017 foi cumprido, já que as despesas com Recursos de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais foram superiores:

DESPESAS	VALORES
Despesas com Recursos de Impostos e Transferências Const. e Legais	719.014.932,98
Despesa Mínima a ser aplicada em ASPS	542.577.087,84

Fonte: próprio autor.

Os restos a pagar não processados inscritos em Saúde, em 2017, foram de R\$ 10.662.436,20 (dez milhões, seiscentos e sessenta e dois mil, quatrocentos e trinta e seis reais e vinte centavos).

Os gastos em saúde, de diversos países, são comumente comparados usando-se dois paradigmas: proporção do PIB ou dispêndios em saúde *per capita*. Em 2011, o Brasil apresentava o sétimo menor gasto total em saúde (R\$ 2.384,83 – dois mil, trezentos e oitenta e quatro reais e oitenta e três centavos) *per capita* em uma lista de 41 (quarenta e um países) países, segundo os dados da OCDE, cuja média naquele período foi de R\$ 7.597,75 (sete mil, quinhentos e noventa e sete reais e setenta e cinco centavos).

Demonstrado o quanto da importância da colheita destes dados, a divulgação dos mesmos lastreia a devida análise crítica sobre a complexidade e responsabilidades para as execuções das políticas públicas do Salvador.

Urge, portanto, a articulação dos gestores do Sistema Público de Saúde do Município do Salvador, respeitando o federalismo brasileiro, com todo o seu organograma de responsabilidades políticas-jurídicas para as execuções públicas na saúde municipal. Assim, sobre a necessidade de variadas fontes científicas que auxiliam no direcionamento de decisões neste setor, bem aventa Maria Paula Dallari Bucci:¹³²

Assim, é familiar à abordagem de políticas públicas, a partir de **práticas metodológicas** já consolidadas na ciência política, gestão pública e

¹³¹BRASIL. **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; [...]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 20 jun. 2018.

¹³²BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 37.

economia, examinar a escalada do problema, sua **dimensão quantitativa**, bem como comparações temporais e geográficas em face do público demandante, do alvo ideal de um programa, de experiências similares no contexto internacional, e assim por diante. Para o direito, a **apreciação estatística**, que se vale de **métodos próprios de outras áreas do conhecimento**, subsidia a compreensão da **dimensão coletiva** de alguns direitos, como é o caso da **saúde pública**. (grifamos)

Em escalas de ações governamentais, conforme análises críticas das ações de saúde, nota-se a interdependência destas com o estabelecimento e implementos ao programa do Sistema de Saúde Municipal.

Como elemento valorativo, a pesquisa das Políticas Públicas de Saúde do Município do Salvador exige uma visão prospectiva que permita o direcionamento do potencial analítico de antever panoramas vindouros, com esteio em análises políticas-financeiras viabilizadoras de estratégias efetivas, democráticas, plurais e viabilizadoras do exercício da cidadania soteropolitana.

5 CONCLUSÃO

A saúde deve ser tratada como um assunto de responsabilidade pública, ou seja, deve ser pautada sob a ótica dos critérios do interesse público, cabendo considerar que nem toda ação pública é governamental e a recíproca nem sempre é verdadeira. Faz-se essencial a identificação convergente com os interesses da população municipal do Salvador.

O direito à saúde municipal não deve ser considerado como um direito coercitivo do particular impondo ao Município do Salvador. Deve-se, sim, compreendê-lo por toda a sua amplitude, o que permite o sustentáculo da política efetiva do Sistema de Saúde. Em síntese, é a compreensão do direito à saúde municipal como um direito de justiça social, que deve permitir o mais preciso possível equilíbrio social na saúde do Município do Salvador. Equidade esta iniciada pela viabilidade pessoal ou endógena, chegando a inferir direta ou indiretamente na consciência coletiva da saúde municipal.

Hodiernamente, percebeu-se a dificuldade em dissociação da saúde como a falta de doenças, o estado máximo de saúde física e mental, volúvel às intempéries de externalidades oriundas dos mais ricos espectros endógenos e exógenos ao cidadão soteropolitano.

Prepondera-se fatores de consciência cívica, participação ativa democrática crítica, plural, proativa e gestão compartilhada. Tudo sem olvidar a importância de imparcialidade setorial, que vise à maximização de resultados sociais e perene do Sistema Público de Saúde do Município do Salvador.

Este equilíbrio integrado de ações públicas perpassa pela conscientização individual de saúde própria permitindo uma ramificação genuína de interesses reverberados nas escolhas públicas assentadas nas normas e planos de ações municipais da saúde soteropolitana.

Nesta senda, a problematização da saúde municipal perpassou pela complexidade de avaliação de itens e processos internos e externos das literais políticas municipais. O plexo decisório engloba fenômenos de lucidez de escolhas complexas que permeiam o processo social de implemento da saúde municipal como elemento de enlevo de garantia à qualidade de vida do cidadão de Salvador.

Considerando a indiscutível notoriedade de que existem fatores sociais, econômicos, políticos, culturais e até ambientais que exercem considerável

influência no estado de saúde das pessoas e em sua qualidade de vida, pode-se pontuar que são variados os componentes que direcionam a saúde de uma pessoa. São circunstâncias que, juntamente com o cumprimento das normas adstritas ao tema da saúde por parte dos entes municipais, urge a necessidade de implemento de medidas adequadas para efetivar o direito humano à saúde mediante inúmeros planejamentos e ações.

Esta disponibilidade e publicidade ampla devem abranger todas as ações de prevenção e repressão, mapeamento, planos de ação, fiscalização, controle e participação popular, seja ela personalíssima ou coletiva. Esta administração de ações, quando de forma coesa e interligada é propícia para produzir conhecimentos específicos. Esta disponibilização, atrelada a políticas de instrumentalização que permitam aos cidadãos de Salvador não apenas ter acesso a estes dados, mas, também, fazer a devida leitura e tecer suas devidas análises críticas consolida a democratização da informação no setor de saúde, dever este das autoridades públicas responsáveis por este setor.

Perfaz-se, assim, a concretização do ideal de estrutura à universalidade do acesso à saúde, bem como uma equânime prestação dos seus serviços. Outrossim, o implemento de mecanismos de controle, gestão e fiscalização necessita tomadas de decisões que exigem muita repercussão e importância social. Deve-se levar em conta, por exemplo, no mesmo sentido, os processos de gestão e vigilância à saúde que lidam com a tomada de decisões de alta responsabilidade e relevância social.

Com fulcro nas normas constitucionais, onde a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, bem como os princípios da universalidade de acesso, igualdade e equivalência na prestação dos serviços, tudo deve coadunar para uma atenção humanizada do cidadão soteropolitano.

O planejamento em saúde permite a feitura de projetos, estabelecendo vínculos entre os dados financeiros do Sistema de Saúde Municipal, potencializando o atendimento de forma democrática, participativa e humanizada, cujos recursos das dotações orçamentárias tendem a ser aplicados da melhor maneira possível.

Nota-se o quanto o planejamento orçamentário e o implemento das despesas específicas potencializa a materialização de projetos empenhados pelo administrador público, atingindo de fato os objetivos e metas determinadas antecipadamente.

No âmbito da saúde, o adequado planejamento é mecanismo essencial para otimizar o alcance das políticas públicas consoante as necessidades pontuais dos cidadãos de Salvador, fortalecendo as ações de promoção, reabilitação, proteção e recuperação da saúde.

Por meio do planejamento orçamentário municipal que leva-se em conta os pontos escolhidos pelo Executivo como cruciais para a previsão normativa e o que, de fato, é escolhido e aprovado pelo Legislativo como merecedor de proteção jurídica municipal, lastreado por meio das leis orçamentárias municipais (plano plurianual municipal, lei orçamentária municipal e lei orçamentária anual).

Neste passo, é preciso identificar as eventuais falhas, lacunas e necessidades de atuação do Município do Salvador consoante proporcionalidade de intervenção. Assim, após estas análises, abre-se o espaço apto para o estabelecimento de ações a serem implementadas a longo, médio e curto prazo pelo Município do Salvador. Dentre este processo decisório e racional, consta a escolha dos gestores setoriais; levantamento analítico do que é preciso ser mantido ou suplantado; criação dos planos de ações municipais e metodologia eficiente de aplicação dos mesmos.

O cidadão soteropolitano que, via de regra, não está a par das abstrações das políticas públicas do Salvador, precisa de procedimentos concretos para satisfação das respectivas demandas por atendimento de saúde na rede pública municipal de serviços.

Eventual desarticulação não é proveniente apenas por parte do federalismo brasileiro. O enredamento é originário, também, da variação de responsabilidades para cumprimento de determinada ação na saúde. O espectro de competências consubstancia-se pelo plexo de competências legislativas e práticas, de âmbitos comuns e concorrentes, que exige uma estrutura organizacional federativa de alto grau, cuja lacuna ou falha no implemento de políticas públicas municipais a curto, médio e longo prazo são experimentadas pelas escolhas das políticas públicas.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY, Hildebrando; SILVA, G. E. do Nascimento; CASELLA, Paulo Borba. **Manual de Direito Internacional Público**. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

ALVES, Danielle Garcia; CARDOSO, Henrique Ribeiro Cardoso. **Direito à Saúde**. Por uma Prestação Ética do Estado. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017.

ALVES, Lisbôa Cândice. **Direito à Saúde**. Efetividade e Proibição do Retrocesso Social. Belo Horizonte: D'Plácido, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: Informação e documentação - Trabalhos acadêmicos - Apresentação. Rio de Janeiro, 2011.

BAHIA. **Lei nº 4.660 de 08 de abril de 1986**. Lei n. 4.660/86. Dispõe sobre a licitação e contratação de obras, serviços, compras e alienações da Administração centralizada e autárquica do Estado, e dá outras providências. Disponível em: <<https://governo-ba.jusbrasil.com.br/legislacao/85419/lei-4660-86>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BALLEIRO, Aliomar. **Uma Introdução à Ciência das Finanças**. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

BARBOSA, Jeferson Ferreira Barbosa. **Direito à Saúde e Solidariedade na Constituição Brasileira**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014.

BRASIL. **Aplicação da Saúde em Salvador (transferências)**. Governo Federal. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>>. Acesso em: 25 out. 2016.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

_____. **Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991**. Institui a Fundação Nacional de Saúde e dá outras providências. Câmara dos Deputados. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1991/decreto-100-16-abril-1991-342868-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 12 set. 2018.

_____. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

_____. **Fundo Nacional da Saúde**. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/visao/carregarMenu.jsf?coMenu=8>>. Acesso em: 25 out. 2016.

_____. **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; [...]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 20 jun. 2018.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 jun. 2018.

_____. **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993**. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8666cons.htm>. Acesso em: 20 jun. 2018.

_____. **Lei nº 9.299/2017**. Plano Plurianual de Salvador. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/ba/s/salvador/lei-ordinaria/2017/930/9299/lei-ordinaria-n-9299-2017-institui-o-plano-plurianual-para-o-quadrinio-2018-a-2021-e-da-outras-providencias?q=9.299>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

_____. Notícias. **Portal Fundo Nacional da Saúde**. Governo Federal. Disponível em: <<http://portalfns.saude.gov.br/>>. Acesso em 13 jun. 2018.

_____. **Organização Mundial da Saúde**. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

_____. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms_2014_2017_versao_preliminar.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2018.

_____. **Portal Ministério da Saúde**. 2013 – 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/>>. Acesso em 13 jun. 2018.

_____. **Repasse da Saúde ao Município de Salvador em 2016**. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/visao/consulta/simplificada/detalhe.jsf>>. Acesso em: 25 out. 2016.

_____. SIOPS na gestão e financiamento da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde**. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/repasse-financieiros/siops>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

_____. **Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde**. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

_____. **Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017.

CARNEIRO, Bernardo Lima Vasconcelos. **A Efetivação Jurisdicional do Direito à Saúde**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

CARVALHO, Erica Rios de Perreault. **A Judicialização das Políticas Públicas de Saúde: Interlocação entre Princípios da Integralidade e Isonomia**. Salvador: UCSAL, 2015.

CIARLINI, Álvaro Luis A. S. **Direito à Saúde - Paradigmas Procedimentais e Substanciais da Constituição - Série Idp**: São Paulo: Saraiva, 2013.

COHN, Amelia Nunes *et al.* **A Saúde como Direito e como Serviço**. São Paulo: Cortez, 2010.

CONSELHO NACIONAL DA SAÚDE. **Financiamento da Saúde: Novos Desafios**. Ministério da Saúde. Brasília: MS, 2007.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional**. 9. ed. Salvador: JusPodivm, 2015.

CURY, Ieda Tatiana. **Direito Fundamental à Saúde - Evolução, Normatização e Efetividade**. Rio de Janeiro: Lumen Juris: 2005.

DATASUS. **Repasses Saúde Salvador**. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/portalthtransparencia/index.jsf>>. Acesso em: 25 out. 2016.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). **Portal da Saúde**. 2018. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2010, 2010.

DUARTE, Bernardo Augusto Ferreira. **A Direito à Saúde e Teoria da Argumentação - Em Busca da Legitimidade Dos Discursos Jurisdicionais**. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2012.

ELEIÇÕES 2016. Saúde é principal problema apontado por eleitores de Salvador, diz Ibope. **G1 BA**. 23 ago. 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bahia/eleicoes/2016/noticia/2016/08/saude-e-principal->

problema-apontado-por-eleitores-de-salvador-diz-ibope.html>. Acesso em 25 out.2016.

FERREIRA, Jeferson. **Direito à Saúde e Solidariedade na Constituição Brasileira**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014.

FOLMANN, Melissa (Coord.). **Tributação e Direitos Fundamentais: propostas de efetividade**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

HARADA, Kiyoshi. **Direito Financeiro e Direito Tributário**. São Paulo: Atlas, 2010.

HILLE, Marcelo Luiz. **Os Direitos da Personalidade e A Tributação - Uma Perspectiva de Concretização do Direito À Saúde**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015.

KARSCH, Ursula M. S.; JACOBI, Pedro R.; COHN, Amélia Cortez. **A Saúde como Direito e como Serviço**. São Paulo: Cortez, 2015.

LADEIRA, Fernando de Oliveira Domingues. **Regulação Estatal e Assistência Privada à Saúde – Liberdade de Iniciativa e Responsabilidade**. Belo Horizonte: Fórum, 2012.

LEÃO, Lidiane Nascimento. **Direito à Saúde e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017.

LIBERATI, Wilson Donizeti. **Políticas Públicas no Estado Constitucional**. São Paulo: Atlas, 2013.

MACHADO SEGUNDO, Hugo de Brito; MACHADO, Raquel Cavalcanti Ramos. **Tributação e Direitos Fundamentais**. In: FOLMANN, Melissa (Coord.). **Tributação e Direitos Fundamentais: propostas de efetividade**. Curitiba: Juruá, 2007.

MARTINI, Sandra Regina. **Saúde, Direito e Transformação Social - Col. - Direito e Transformação Social**. v. 2. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

MARTINS, Ives Gandra da Silva (Coord.). **O Tributo: reflexão multidisciplinar sobre sua natureza**. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

_____. **Princípio da Eficiência em Matéria Tributária**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006 (Pesquisas Tributárias: Nova Série -12).

MARTINS, Rogério Lindenmeywer Vidal Gandra da Silva. **A política tributária como instrumento de defesa do contribuinte**. In: MARTINS, Ives Gandra da Silva (Coord.). **O Tributo: reflexão multidisciplinar sobre sua natureza**. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

MAZZUOLI, Valério de Oliveira. **Curso de Direito Internacional Público**. 4. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

MENDES, Áquilas Nogueira; SANTOS, Mendes Suzana. **Financiamento Descentralizado da Saúde: a Contribuição dos Municípios Paulistas**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v9n1-2/09.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2016.

MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE. **Portaria Conjunta n.º 1.163, de 11 de outubro de 2000**. Portaria publicada no D.O.U. n.º 203, de 20 de outubro de 2000, Seção I, pp. 27-28. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20SIOPS%201163.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE. **Portaria Interministerial n. 446/2004**. Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/pri0446_16_03_2004.html>. Acesso em: 20 jun. 2018.

NOGUEIRA, Roberto Wagner Lima. **Direito Financeiro e Justiça Tributária**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

NUNES, Tânia Celeste Matos. **A Supervisão em Saúde: um Estudo Exploratório em Instituições Públicas no Âmbito Federal e Estadual**. Salvador: UFBA, 1986.

OLIVEIRA, Régis Fernandes de. **Curso de Direito Financeiro**. 7. ed. rev, atual. e rev. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). 2018. Disponível em: <<http://www.oas.org/pt/>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>> Acesso em: 25 jun. 2018.

PACHECO, Hélder Freire; MARTELLI, Petrônio José de Lima. **A Regionalização e Financiamento da Saúde: um estudo de caso**. 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-772663>>. Acesso em: 17 out.2016.

PEREIRA SIQUEIRA, Dirceu Lemos & Cruz. **Tutela Coletiva do Direito a Saúde: Delimitação Judicial do Direito à Saúde**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

PEREIRA SIQUEIRA, Dirceu; LEÃO JÚNIOR, Teófilo Marcelo de Arêa. **Direitos Sociais - Uma Abordagem quanto à (in)efetividade Desses Direitos**. Birigui/SP: Boreal, 2011.

PINHEIRO, Luís Felipe Valerim. **Políticas Públicas nas Leis Orçamentárias**. São Paulo: Saraiva, 2015.

PORTELLA, André Alves. **Federalismo Fiscal: Atualidade e Perspectivas para o Sistema Tributário Municipal**. Disponível em: <<https://www.brasiljuridico.com.br/artigos/federalismo-fiscal--atualidade-e-perspectivas--para-o-sistema-tributario-municipal.-por-andre-portella>>. Acesso em: 17 out. 2016.

_____; TEIXEIRA, Rafaela Pires. Federalismo fiscal e efetividade da dignidade da pessoa humana: análise da posição do município na estrutura do financiamento público brasileiro e a escassez de recursos para as ações de saúde. **Revista de Direito da Cidade**. v. 8, n. 2. 2016. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/rdc/article/view/21506/0>>. Acesso em: 17 out. 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR. **Estrutura Organizacional**. Disponível em: <http://www.salvador.ba.gov.br/images/PDF/organograma_colorido_.pdf>. Acesso em: 25 out. 2016.

_____. **Fundo Municipal**. Disponível em: <<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/fundo-municipal/>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

_____. **Secretaria da Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

_____. **Sistema Nacional de Auditoria**. Disponível em: <http://www.gestaopublica.salvador.ba.gov.br/cadastro_organizacional/documentos/sms_smadm.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2018.

REGIMENTO INTERNO DA CÂMARA MUNICIPAL DE SALVADOR. Disponível em: <<http://177.136.123.149/ext/files/regimento.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. **Saúde – Promessas e Limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2003.

ROMITA, Arion Sayão. Função social do tributo. In: MARTINS, Ives Gandra da Silva (Coord.). **O Tributo: reflexão multidisciplinar sobre sua natureza**. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

SALVADOR. Coordenadoria Executiva do Fundo Municipal de Saúde (FMS). **Lei Municipal nº 4.301/91**. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/BA/SALVADOR/LEI-4103-1990-SALVADOR-BA.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2018.

_____. **Lei Municipal nº 4.301/91**. Coordenadoria Executiva do Fundo Municipal de Saúde (FMS). Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/BA/SALVADOR/LEI-4103-1990-SALVADOR-BA.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2018.

_____. **Lei nº 912 de 12 de novembro de 1959**. Leis Municipais. Secretaria Municipal de Educação e Cultura e a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/ba/s/salvador/lei-ordinaria/1959/91/912/lei-ordinaria-n-912-1959-cria-a-secretaria-municipal-de-educacao-e-cultura-e-a-secretaria-municipal-de-saude-e-assistencia-social-e-da-outras-providencias.>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

_____. **Lei nº 4484 de 08 de janeiro de 1992**. Dispõe sobre licitações e contratos da administração municipal e dá outras providências. Disponível em: <<https://cm-salvador.jusbrasil.com.br/legislacao/828496/lei-4484-92>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

_____. **Lei nº 9.069/2016.** Plano diretor de Desenvolvimento Urbano do Município de Salvador (PDDU 2016). Disponível em: <<http://www.sucom.ba.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/LEI-n.-9.069-PDDU-2016.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

_____. **Lei Orgânica do Município de Salvador/BA.** Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/lei-organica-salvador-ba>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

_____. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** Secretaria Municipal de Saúde do Salvador. 2014. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/secretaria/wp-content/uploads/sites/2/2016/05/pms_2014_2017_versaofinal.pdf>. Acesso em: 25 out. 2016.

_____. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021.** Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/01/volume-_i_plano_municipal_saude_2018_2021_ versao_consulta_publica.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2018.

_____. **Regimento Interno da Câmara Municipal de Salvador.** Disponível em: <<http://177.136.123.149/ext/files/regimento.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

_____. **Sistema Municipal de Auditoria.** 2004. Disponível em: <http://www.gestaopublica.salvador.ba.gov.br/cadastro_organizacional/documentos/sms_smadm.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2018.

SANTOS, Lenir (Org.); SOUZA, André Evangelista de *et al.* **Direito da Saúde no Brasil.** Campinas: Saberes, 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais.** 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SAULO, Lindorfer Pivetta. **Direito Fundamental À Saúde - Regime Jurídico, Políticas Públicas e Controle Judicial.** RT: 2014.

SCAFF, Fernando Campos. **Direito à Saúde no Âmbito Privado:** Saraiva, 2010.

_____; NUNES, António José Avelãs. **Os Tribunais e o Direito à Saúde.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

SERAU JR, Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Claudia Crespo; COSTA, José Ricardo Caetano. **Direito e Saúde Construindo a Justiça Social.** São Paulo: LTR, 2016.

SILVA, José Afonso da. **Comentário Contextual à Constituição.** 9. ed. São Paulo: Malheiros, 2014.

_____. **Curso de Direito Constitucional Positivo.** 22. ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

SMANIO, Gianpaolo Poggio; BERTOLIN, Patrícia Tuma Martins (Org.). **O Direito e as Políticas Públicas no Brasil.** São Paulo: Atlas, 2013.

SOUSA, Isa Filipa António de Sousa (Coord.). **Direito à Saúde**. Dilemas Atuais. Curitiba: Juruá, 2017.

SOUSA, Simone Letícia Severo. **Direito à Saúde e Políticas Públicas**. Belo Horizonte: Del Rey, 2015.

TESSLER, Marga Inge Barth. “As recomendações do Conselho Nacional de Justiça em face das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde”. **Revista de Doutrina da 4ª Região**. Porto Alegre, n. 42, jun. 2011, p. 10. Disponível em: <http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao042/marga_tessler.html>. Acesso em: 25 ago. 2015.

TORRES, Ricardo Lobo. **Curso de Direito Financeiro e Tributário**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

_____. _____. 19. ed. Rio de Janeiro: 2013.

_____. Aspectos Fundamentais e Finalísticos do Tributo. In: MARTINS, Ives Gandra da Silva (Coord.). **O Tributo: reflexão multidisciplinar sobre sua natureza**. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

UNICEF. **Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH)**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm>. Acesso em: 25 jun. 2018.

DALZIMAR FONTES DE ANDRADE

**V. 1
2018**

**CONSIDERAÇÕES JURÍDICAS DAS RECEITAS PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DO
SALVADOR OBJETIVANDO A EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE,
CONFORME O PERCENTUAL MÍNIMO CONSTITUCIONAL E LEGAL**