

## FINANCIAMENTO DO SUS E CONTROLE SOCIAL

ANA PAULA PIRES  
JONATHAN WILKERSOM BERTUSSO  
LILIAN DENISE MAI  
MAYCKEL DA SILVA BARRETO  
SABRINA ASCUI DE OLIVEIRA

OUTUBRO /2024

Este policy brief tem por objetivo a análise da política de financiamento e controle social do Sistema Único de Saúde – SUS, que é um marco fundamental para a saúde pública no Brasil, buscando garantir o acesso universal e integral. O centro da discussão serão os desafios críticos que ameaçam a sustentabilidade e eficácia desta política.

## LEGISLAÇÃO

- Nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, a saúde é reconhecida como um direito universal de todos e um dever do Estado. Esse direito deve ser garantido por meio de políticas públicas que assegurem o acesso universal e igualitário, com ações e serviços voltados à proteção, promoção e recuperação da saúde. O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será realizado com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, dos Municípios e outras fontes adicionais.
- Lei nº 8080/90: A criação do SUS, no título V, que trata do financiamento, estabelece que o orçamento da seguridade social deverá destinar ao SUS os recursos necessários conforme a receita estimada, garantindo a realização de suas finalidades. Também define que os recursos do SUS devem ser depositados em uma conta especial em cada esfera de atuação, com a movimentação desses recursos sendo fiscalizada pelo respectivo conselho de saúde.
- Lei nº 8142/90: Garante o repasse regular de recursos entre fundos. A Emenda Constitucional 29, editada em 2000, propôs a fixação de percentuais mínimos de investimento orçamentário em saúde, sendo posteriormente regulamentada por lei complementar. Nessa lei foi regulamentada a participação social.
- Lei complementar nº 141/2012: Estabelece o investimento de 12% das receitas dos Estados, incluindo:
  - Impostos Estaduais como ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços), IPVA (Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores) e ITCMD (Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação);
  - Transferências da União, como a cota parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE), cota parte do IPI-Exportação e transferências da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir);
  - Imposto de Renda Retido na Fonte.
- Receitas da dívida ativa de impostos, multas e correção monetária.  
Estabelece também o investimento de 15% das receitas dos municípios, incluindo:
  - Impostos Municipais como ISS (Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza), IPTU (Imposto Predial e Territorial Urbano) e ITBI (Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis);
  - Cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), cota parte do ITR (Imposto Territorial Rural) e transferências da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir);
  - Imposto de Renda Retido na Fonte.

Como obrigação da União, o investimento deve ser o valor do ano anterior, acrescido da variação do PIB.

- Emenda Constitucional (EC Nº 86 – 17/03/2015): A Emenda Constitucional 86, de 17 de março de 2015, alterou a Constituição Federal para tornar obrigatória a execução de emendas parlamentares individuais e modificou o artigo 198 da CF, estabelecendo a vinculação de 15% dos recursos da União para programas e ações de saúde.
- Emenda Constitucional ( EC nº 95 – 15/12/2016): foi criada com o objetivo de garantir o equilíbrio das contas públicas por meio de um rígido mecanismo de controle de gastos. A Proposta de Emenda à Constituição 55/96, conhecida como PEC do Teto de Gastos, limita o crescimento das despesas públicas à variação da inflação medida pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). A partir de 2018, as despesas federais só poderão aumentar de acordo com a inflação acumulada, conforme o IPCA.
- Portaria GM/MS Nº 3.493 /2024: institui uma nova metodologia de co financiamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do SUS.

## MECANISMOS DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS

- Transferência Fundo a Fundo: recursos repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais.
- Transferência por serviços produzidos: recursos pagos diretamente a prestadores da rede estadual ou privados, contratados ou conveniados, mediante apresentação de faturas, referentes a serviços prestados, conforme programação e autorização do gestor obedecendo às tabelas do Ministério da Saúde.
- Transferência por convênio: recursos são repassados via convênio.

Existem algumas condições para transferências dos recursos federais para ações e serviços

públicos em saúde, sendo elas:

- Alimentação e atualização regular dos sistemas de informações que compõem a base nacional de informações do SUS. - O cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos, tais como as portarias e resoluções da CIT (Comissão Intergestores Tripartite) e das CIBs (Comissões Intergestores Bipartites), expedidos pela direção do SUS.
- Conselho de Saúde instituído e em funcionamento.
- Fundo de Saúde instituído por lei, categorizado como fundo público em funcionamento.
- Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão e Lei Orçamentária Anual, submetidos ao respectivo conselho de Saúde.

Relativo à condição do Conselho de Saúde, temos que os mesmos são instâncias deliberativas permanentes compostas por representantes dos usuários, trabalhadores e gestores da saúde. Sua principal função é fiscalizar a aplicação de recursos e propor melhorias no sistema de saúde, sendo essencial para o exercício do controle social no SUS e garantem que a população tenha voz nas decisões sobre políticas de saúde.

Esses Conselhos também desempenham um papel relevante na promoção da equidade, assegurando que grupos historicamente marginalizados tenham representatividade nas decisões que afetam o acesso e a qualidade dos serviços. A atuação dos Conselhos é pautada pela lógica participativa, sendo essencial para aproximar o poder público das necessidades reais da comunidade. Além de deliberarem sobre o orçamento e prioridades da saúde, acompanham a execução das políticas já estabelecidas e podem sugerir ajustes conforme novas demandas surgem. A legitimidade desses espaços é reforçada pela periodicidade de reuniões e pela autonomia em suas deliberações, o que contribui para fortalecer a governança democrática na saúde pública.

## DESAFIOS IDENTIFICADOS NO FINANCIAMENTO

- A expansão do acesso ao SUS tem ocorrido em um cenário de crescimento modesto do orçamento, não acompanhando o aumento da demanda populacional.
- A gestão tripartite do SUS, envolvendo União, estados e municípios, é complexa e muitas vezes ineficiente, com dificuldades de coordenação e alocação de recursos.
- Falhas na gestão e controle orçamentário, bem como na fiscalização de contratos, resultam em desperdício de recursos e ineficiência nos serviços prestados.
- O SUS depende de receitas vinculadas, como a Contribuição Social para a Saúde (CSS) e a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que foram extintas ou têm sua arrecadação limitada, impactando negativamente o orçamento da saúde.

## DESAFIOS IDENTIFICADOS CONTROLE SOCIAL

- Muitos cidadãos não conhecem os mecanismos de participação popular, o que reduz seu engajamento nos Conselhos de Saúde e nas Conferências.
- A desigualdade de informações entre os representantes dos conselhos, especialmente os usuários, pode dificultar a participação efetiva.
- O caráter burocrático e a dificuldade de implementação das decisões dos conselhos e conferências podem comprometer sua eficácia.
- Segmentos vulneráveis da população, como comunidades rurais e indígenas, muitas vezes não estão adequadamente representados nos Conselhos de Saúde.

## RECOMENDAÇÕES - FINANCIAMENTO

- Propõe-se a revisão do teto de gastos públicos para permitir aumentos proporcionais à demanda e às necessidades emergentes do sistema de saúde.
- A criação de novas fontes de arrecadação, como a reinstituição de uma contribuição sobre transações financeiras ou outras taxas sobre grandes fortunas e lucros, seria uma forma de garantir recursos estáveis e previsíveis para o SUS.
- Promover maior eficiência na utilização dos recursos, com mais fiscalização e transparência nos gastos públicos, além de melhorar a coordenação entre União, estados e municípios, integrando as diversas redes de serviços de saúde.
- Ampliar a política de regionalização do SUS, priorizando regiões mais carentes de recursos, visando garantir equidade no acesso a serviços de qualidade, independente da localização geográfica. Investir mais na Atenção Primária à Saúde (APS), que é o primeiro contato da população com o sistema, pode prevenir doenças mais graves, reduzir custos e melhorar a eficiência do SUS.

## RECOMENDAÇÕES -CONTROLE SOCIAL

- Desenvolver campanhas em todos os níveis de governo para informar a população sobre o papel dos Conselhos e das Conferências de Saúde, com foco em envolver comunidades vulneráveis.
- Oferecer programas de treinamento para conselheiros, especialmente os representantes dos usuários, a fim de reduzir a desigualdade de conhecimento e aumentar a eficácia da participação.
- Estabelecer mecanismos de inclusão de minorias e populações vulneráveis nos Conselhos de Saúde, assegurando que suas demandas sejam representadas.
- Desburocratizar os processos de decisão e implementação das propostas aprovadas nos conselhos e conferências, tornando-os mais ágeis e acessíveis.

## CONCLUSÃO

O financiamento do SUS é fundamental para a garantia da saúde pública no Brasil. Sem reformas estruturais para melhorar a sustentabilidade financeira e a eficiência do sistema, o SUS poderá enfrentar sérias dificuldades para manter seu princípio de universalidade e equidade. Políticas que garantam maior estabilidade no financiamento, aliadas a uma melhor gestão e distribuição de recursos, são cruciais para o futuro do sistema de saúde do Brasil.

A participação popular na Atenção Primária à Saúde é essencial para a democratização das políticas públicas e o fortalecimento do SUS. Para que isso seja efetivo, é necessário superar desafios estruturais e organizacionais, garantindo que a participação seja inclusiva, eficaz e representativa das necessidades de toda a população. Com o fortalecimento dos Conselhos e Conferências de Saúde e a implementação de políticas que incentivem a participação popular, será possível alcançar um sistema de saúde mais equitativo e transparente.

## REFERÊNCIAS

Carvalho, Maria do Carmo B. de. Participação e Controle Social: Fundamentos e práticas no contexto brasileiro. São Paulo: Educ, 2004.

Santos, Boaventura de Sousa. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

Tratado de medicina de família e comunidade :princípios, formação e prática [recurso eletrônico] /Organizadores, Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes, Lêda Chaves Dias; [coordenação editorial: Lêda Chaves Dias]. – 2. ed. Porto Alegre : Artmed, 2019.

BRASIL. [LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012]. Brasília, 13 de janeiro de 2012; Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/>.

Santos, Lenir, Sus e a lei complementar 141 comentada, Campinas; Saberes; 2012. 221 p.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República., Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).

Brasil. [Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990]. Brasília, 19 de setembro de 1990; Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

BRASIL. [Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990]. Brasília, 28 de dezembro de 1990; Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3493, de 10 de abril de 2024. Brasília, 2024. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493\\_11\\_04\\_2024.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html)