

IMPLEMENTAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DIFERENCIADOS NA TABELA DO SUS:
ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DEFICIÊNCIA

EDUARDO HUDSON AMARAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Pós-Graduação em Administração Pública
Pós-Graduação *lato sensu*, Nível de Especialização

Joinville/SC
2010

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por estar sempre me iluminando e mostrando os meus objetivos.

À minha família, pelas ausências e compreensão do meu trabalho.

Aos Prof. Doutores Ruy e Mercês dos Santos Pinto, simplesmente por existirem.

À Prefeitura Municipal de Joinville que patrocinou e incentivou a realização deste curso.

Aos colegas do NAIPE e Secretaria Municipal de Saúde, que sempre me apoiaram.

Aos pacientes com deficiência, principais motivos da realização deste trabalho.

Aos colegas que trabalham com a pessoa com deficiência neste Brasil e devem ser valorizados e reconhecidos por sua dedicação nesta assistência

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Eduardo Hudson Amaral

Aprovado pela Coordenação Acadêmica do Curso de Pós-Graduação em Administração Pública, foi aceito como requisito parcial para a obtenção do certificado do curso de pós-graduação, nível de especialização.

30 de abril de 2010-04-15

Coordenador Acadêmico: Armando Santos Moreira da Cunha

Professor :

O aluno Eduardo Hudson Amaral, abaixo-assinado, do curso De Pós-Graduação em Administração Pública, realizado pela FGV, nas dependências da SOCIESC, no período de março de 2010 a dezembro de 2010, declara que o conteúdo do trabalho de conclusão de curso intitulado :
Implementação de procedimentos diferenciados na tabela do SUS: assistência ao paciente com deficiência , é de sua autoria exclusiva.

Joinville, 30 de abril de 2010

**IMPLEMENTAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DIFERENCIADOS NA TABELA DO SUS:
ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DEFICIÊNCIA**

Eduardo Hudson Amaral

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi fazer uma revisão de literatura sobre pessoas com deficiência intelectual e sua assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Analizada a tabela de procedimentos reconhecida pelo Ministério da Saúde (MS) e constatada a ausência de procedimentos diferenciados que viessem a assistir integralmente este segmento significativo, hoje estimado em 7% da população, foi proposta a inclusão de novos procedimentos na tabela SIASUS, para que haja, por parte dos serviços públicos, a assistência à estas pessoas.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	07
1.1	Contextualização	07
1.2	Objetivos	07
1.3	Problema	08
1.4	Relevância do Estudo	08
2	REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1	A Pessoa com Deficiência Intelectual.....	10
2.2	O Sistema Único de Saúde.....	13
2.3	Financiamento de Procedimentos no SUS.....	17
3.0	METODOLOGIA.....	38
4.0	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
5.0	CONCLUSÃO.....	44
	Referências bibliográficas.....	45

INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

A tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) é a forma pela qual o Ministério da Saúde do Brasil (MS) reconhece, quantifica e remunera os procedimentos de assistência à saúde das pessoas no âmbito da saúde pública (municipal, estadual e federal). É por meio deste instrumento que os profissionais de saúde que trabalham no serviço público, como o Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial (NAIPE)* registram suas atividades, usando códigos pré-estabelecidos que serão posteriormente pagos pelo MS. Estes procedimentos também servem para registrar o que chamamos de série histórica, instrumento usado como parâmetro para definir diretrizes e custeio das ações de saúde.

Considerando que as pessoas com deficiência intelectual necessitam de assistência diferenciada exercida por equipe multidisciplinar, usando equipamentos e materiais específicos para promoção integral de suas reabilitações[†], este trabalho propõe a implementação de procedimentos com ressarcimento pelo SUS, em todas as áreas de assistência à pessoa com deficiência complementando a já existente.

A sociedade contemporânea, preocupada com a cidadania plena de sua população, deve priorizar ações que garantam às pessoas com deficiência o resgate de sua dignidade e a sua inclusão em todos os níveis. Facilitar o financiamento poderá ocasionar um aumento na oferta de serviços de saúde no âmbito do SUS para pessoas com deficiência intelectual, aumentando e melhorando os serviços oferecidos pelos serviços de saúde como o NAIPE, da Secretaria Municipal da Saúde de Joinville/SC.

1.2 Objetivos

Objetivo geral

Apresentar uma proposta de implementação de procedimentos diferenciados na tabela do SUS para assistência integral às pessoas com deficiência

Objetivos específicos

a) Identificar as necessidades de procedimentos diferenciados na assistência às pessoas com deficiência

* Unidade de referência da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Joinville/SC, para pessoas com deficiência intelectual www.saudejoinville.sc.gov.br/uaahNaipes.php

†† O NAIPE assiste integralmente cerca de 2.000 pessoas através do SUS

- b) Revisar a descrição de procedimentos considerados de alto custo, cuja complexidade muitas vezes não é relativo ao procedimento em si, mas sim ao paciente muitas vezes com necessidade de anestesia geral e acompanhamento em nível hospitalar
- c) Sugerir novas formas de financiamento para procedimentos realizados pelo NAIPE e outros serviços que prestam assistência às pessoas com deficiência intelectual.

1.3 Problema

A realidade de assistência às pessoas com deficiência intelectual é contemplada na tabela de procedimentos do SUS.?

1.4 Relevância do Estudo

Não há, no âmbito do SUS, uma tabela com procedimentos diferenciados realizados por equipe multiprofissional e de forma interdisciplinar para promover a saúde da pessoa com deficiência. Os procedimentos são segmentados e não contemplam a especificidade de uma assistência que deve ser integral

O uso de procedimentos similares para designar estas ações, distorce e desvaloriza a realidade de trabalho dos profissionais envolvidos, como médicos, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, psicólogos, pedagogos, assistentes sociais, nutricionistas e técnicos dentre outros.

Procedimentos de assistência na atenção básica, de baixa complexidade e de descrição técnica objetiva, tornam-se procedimentos mais complexos, quando a pessoa a ser assistida tem o cognitivo comprometido, sendo deficiente intelectual e com frequentes casos de doença crônica associada ou deficiência física.

Promover saúde através de atenção integral ao paciente deficiente, enfatizando ações preventivas e curativas em todas as áreas de saúde envolvem familiares e cuidadores criando um vínculo com a instituição, como é o caso do NAIPE/Joinville/SC.

O processo de construção e aprimoramento do SUS é contínuo, como, também, é continua a evolução da ciência e a sua aplicação na clínica dos ambulatorios, laboratórios e hospitais o que se reflete nos procedimentos clínicos que precisam ser remunerados. Torna-se necessária, a inserção de procedimentos diferenciados, na promoção e recuperação de saúde do deficiente, nas tabelas de códigos e procedimentos do SUS .

Serviços e profissionais bem remunerados sentem-se incentivados a criar e manter melhores ambientes de trabalho, o que proporciona condições para o desenvolvimento de centros de referência na assistência multi e interdisciplinar para o paciente com deficiência.

2.0 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Pessoa com Deficiência

Conceituando pacientes com necessidades especiais, Campos et al., 2008 levam em consideração a dificuldade de um conceito único e imutável e propõe uma definição que contempla a complexidade desses indivíduos:

“Pacientes com necessidades especiais são indivíduos que apresentam uma alteração ou condição, simples ou complexa, momentânea ou permanente, de etiologia biológica, física, mental, social e/ou comportamental, que requer uma abordagem especial, multiprofissional e um protocolo específico”.

A OMS (2000) preconiza que aproximadamente 10% da população em todo o mundo possuem algum tipo de deficiência, metade dela portadores de deficiência mental (VARELLIS, 2005; HADDAD, 2007).

A deficiência intelectual é definida como uma condição que se caracteriza pela presença de um nível intelectual significativamente inferior à média e com seu início antes dos 18 anos de idade (BRASIL, 1999). De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), ocorre uma parada ou incompleto desenvolvimento da capacidade intelectual, podendo acompanhar outro transtorno mental ou físico, ou ocorrer isoladamente, sendo que sua instalação ocorre antes da maturação do Sistema Nervoso Central - SNC (BRASIL, 2008).

A pessoa portadora dessa deficiência apresenta limitações em pelo menos duas das seguintes áreas: cuidados pessoais, comunicação, atividade de vida diária, habilidades sociais/interpessoais, vida comunitária, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança, as quais levam a conseqüências não esperadas em vida educacional e social (VARELLIS, 2005; HADDAD, 2007).

Segundo o Censo Brasil 2000, os homens são mais acometidos que as mulheres devido às características de suas atividades e maior exposição aos riscos de acidentes. O déficit intelectual pode ser causado por várias razões, desde acidentes ocupacionais até atividades esportivas violentas. Somente 19,3% das pessoas declaradas deficientes mentais permanentes

estão empregadas, revelando que este tipo de deficiência é a que mais dificulta suas inserções no mercado de trabalho (IBGE, 2005).

Essa condição incapacitante pode ter causa desconhecida, de origem genética, ambiental ou multifatorial. Os fatores causais podem atuar em diferentes épocas:

- Período pré-natal, quando os fatores causais incidem desde a fecundação do óvulo até o início do trabalho de parto, contribuindo para isto a desnutrição e doenças infecciosas maternas, síndromes diversas, doenças cerebrais graves, entre outros;
- Período Peri natal, em que incidem do início do trabalho de parto até ao final do 1º mês do bebê, como má assistência médica, traumas de parto e baixo peso do nascituro;
- Período pós-natal, em que incidem desde o fim do 1º mês do bebê até ao final da adolescência, como desnutrição e acidentes (afogamento, asfixia e violência) (VARELLIS, 2005; HADDAD, 2007).

Os casos nos quais a causa é desconhecida variam de 28 a 30% e os de causas genéticas e ambientais acometem cerca de 50% dessa população (HADDAD, 2007).

A classificação mencionada na CID 10, proposta pela OMS, em 1976, utiliza como referência o quociente de inteligência (QI) (BRASIL, 2008). Este QI quantifica o nível de capacidade mental obtido por meio de testes psicológicos, correspondendo à razão entre idade mental e idade cronológica multiplicado por cem, sendo que o valor entre 70 e 75 está abaixo da média (HOCKENBURY e HOCKENBURY, 2003).

Os pacientes com:

- Deficiência mental profunda: apresentam QI menor que 10 e são totalmente dependentes;
- Deficiência mental grave: apresentam QI de 20 a 35 e possuem comunicação primária;
- Deficiência mental moderada: apresentam QI de 36 a 51 e são capazes de ser dependentes em algumas tarefas e ,quando adultos, podem freqüentar lugares ocupacionais, mesmo com supervisão;
- Deficiência mental leve: apresentam QI de 52 a 69, capacidade educacional e podem realizar tarefas mais difíceis com supervisão (GRUSPUN, 1966).

Outra classificação é a que tem como base a capacidade funcional e adaptativa do indivíduo em relação ao meio (NOWAK, 1979; McDONALD & AVERY, 1995)

- Educáveis: apresentam QI entre 50 a 78 e nível de inteligência “limítrofe”; não realizam operações formais, mas podem receber educação escolar com acompanhamento psicopedagógico especial.
- Treináveis: apresentam QI entre 20 a 50; e dependendo do treinamento e dos estímulos, podem adquirir independência em tarefas do dia-a-dia.
- Dependentes: apresentam QI entre 0 a 20 e são os mais graves, por serem incapazes de realizar sozinhos qualquer atividade.

Direitos das pessoas com deficiência

No ideário democrático, ao longo da constituição de 1988, estão assegurados os direitos das pessoas com deficiências nos mais diferentes campos e aspectos. Após a constituição vieram leis de regulamentação, dentre as quais se destacam a lei 7.853/89, a lei 8.080/90, chamada lei orgânica da saúde e o decreto 3.298/99.

Considerando os princípios básicos que sustentam o SUS, como a universalidade e a integralidade, a lei orgânica (8080/90), destacam a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral (art. 7º incisos. I, II, III e IV).

Esta reforma sanitária, em que a saúde é “um dever do Estado e um direito do Cidadão”, procura combinar a adoção de programas capazes de garantir o acesso dos grupos vulneráveis e ao mesmo tempo têm que inserir-se no sistema universal de saúde (FLEURY et al, 2000), alocando recursos públicos para reduzir desigualdades (PORTO,2002), sem introduzir controles indiscriminados de custos ou a privatização do sistema (CAMPOS,1997).

O Ministério da Saúde classifica como pessoa portadora de deficiência aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para ser humano. O mesmo ministério, por entender a necessidade de acompanhamento diferenciado para estas pessoas, baixou portaria em 12 de setembro de 2002, (portaria MS/GM nº1.635), que inclui no SIA/SUS, alguns procedimentos para autistas e deficientes mentais.

Segundo Fleury (2007), “é preciso combinar o princípio da igualdade, embutido no conceito de cidadania e nos sistemas universais, com um princípio de justiça que permita a

construção de uma cidadania que tenha compromisso com a inclusão social, a redistribuição de riqueza e a justiça social e de gênero”

Na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela portaria MS/GM nº1.060, de 05 de julho de 2002, define, como propósitos gerais: “proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e de desempenho humano, contribuindo para sua inclusão em todas as esferas da vida social; e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.”

Na mesma portaria é sugerida a melhoria dos mecanismos de informação. Um deles é a melhoria dos registros de dados sobre pessoas com deficiência no país. Outro, é o aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de informação do SUS e a construção de indicadores e parâmetros específicos para esta área, com desenvolvimento de estudos epidemiológicos, clínicos e de serviços, com estímulos às pesquisas em saúde e deficiência.

2.2 Sistema Único de Saúde -SUS

Com base no princípio da gratuidade, a nova constituição brasileira criou o, Sistema Único de Saúde (SUS), um modelo redistributivo, inspirado nas premissas igualitaristas do Estado de bem estar social na constituição de 1988; na prática, não há sistema público de saúde universal e integral na sua totalidade. Segundo TRAVASSOS (2006), os serviços de saúde têm um impacto limitado na redução das desigualdades sociais em saúde.

Os dados dos suplementos saúde da PNAD 1998-2003 indicam que houve um aumento da participação do SUS como fonte de financiamento dos serviços consumidos (57,2% - 66,7%), o que indica que há não só investimentos, mas também o entendimento por parte dos formuladores do orçamento, da necessidade de promover alguns ajustes para uma cobertura mais abrangente e justa socialmente.

Estrutura organizacional do SUS

O Sistema Único de Saúde, administrado pelo Ministério da Saúde, foi concebido como um sistema integrado por instituições das várias esferas de governo e, também, pelo setor privado contratado e conveniado como se fosse uma estrutura única. Ou seja, o serviço privado, quando contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público, sujeito às mesmas normas do serviço público. LAZZARI (2003)

Para SILVA (2002) o SUS possui caráter de direito social pessoal, de um lado, e de direito social coletivo, de outro. Em suas palavras:

O sistema único de saúde, integrado de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, constitui o meio pelo qual o Poder Público cumpre seu dever na relação jurídica de saúde que tem no pólo ativo qualquer pessoa e a comunidade, já que o direito à promoção e à proteção da saúde é também um direito coletivo. O sistema único de saúde implica ações e serviços federais, estaduais, distritais (DF) e municipais, regendo-se pelos princípios da descentralização, com direção única em cada esfera de governo, do atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas, e da participação da comunidade, que confirma seu caráter de direito social pessoal, de um lado, e de direito social coletivo, de outro.[‡]

O SUS possui um amplo leque de atribuições previstas no art. 200 da Constituição e regulamentadas pelo art. 6º da Lei n. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde). São elas:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

[‡] SILVA, José Afonso da. *Curso de direito constitucional positivo*. 20. ed. São Paulo: Malheiros, 2002. p 807.

Os objetivos do SUS estão contidos no texto constitucional e foram listados no art. 5º da Lei Orgânica da Saúde, da seguinte forma:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômicos e sociais, a observância do dever do Estado de garantir a saúde;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Os princípios e diretrizes aplicáveis ao SUS, previstos na Constituição de 1988, estão referidos no art. 7º da Lei Orgânica da Saúde na forma que segue:

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

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Levando-se em conta os princípios, objetivos e atribuições do SUS, é possível relacionar uma série de deveres e características do sistema, quais sejam:

- Atender a todos que necessitarem de atendimento, independentemente de filiação à previdência social, e sem cobrança de qualquer valor pelo serviço prestado;
- Atuar de maneira integral, ou seja, as ações da saúde devem estar voltadas, de forma simultânea, para o indivíduo e para a comunidade com o objetivo de prevenir e tratar as enfermidades, velando pela dignidade da pessoa humana;
- Descentralizar o poder de decisão aos responsáveis pela execução das ações nos diversos níveis de governo. Dessa forma, as ações e serviços que atendem à população de um município devem ser municipais; as que atingem vários municípios devem ser estaduais, e aquelas que dizem respeito a todo o território nacional devem ser federais;
- Atuar de forma racional, de maneira que sejam oferecidas ações e serviços de acordo com as necessidades da população;

- Atuar de forma eficiente e eficaz, de forma a produzir resultados positivos para a comunidade;
- Atuar de forma equânime, de modo a observar as desigualdades regionais, com o objetivo de direcionar as suas ações de acordo com as necessidades de cada comunidade;
- Democratizar a gestão assegurando a participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema, desde os dirigentes institucionais, prestadores de serviços, profissionais da saúde e os usuários dos serviços de saúde. Essa participação se dá por meio da Conferência de Saúde e dos Conselhos de Saúde organizados nos níveis federal, estaduais e municipais, conforme previsão contida no art. 1º. da Lei n. 8.142/90.

Para que se tornem viáveis os programas sociais necessários ao cumprimento das atribuições previstas constitucionalmente ao Sistema Único de Saúde são necessários investimentos vultosos por todas as esferas de governo. Destaca-se, assim, a importância do princípio da diversidade da base de financiamento como forma de captação dos recursos indispensáveis ao custeio das ações e serviços de saúde.

2.3 Financiamentos de Procedimentos no SUS

Esta seção trata de como foi determinado o financiamento do Sistema Único de Saúde pela constituição de 1988, logo após, a emenda constitucional 29, criada em 2000 para definir parâmetros para este financiamento e as diversas fontes de custeio do SUS.

Como se encontra o financiamento do SUS na constituição de 1988

Desde a Constituição de 1988 havia a preocupação com o financiamento da rede de serviços, da cobertura assistencial, ambulatorial e hospitalar e das demais ações de saúde, com atribuição às três esferas de governo para o aporte regular de recursos, sem, no entanto assegurar um provimento obrigatório num planejamento e orçamento específicos. Uma das consequências é a dificuldade do SUS no que se refere à resolutividade orçamentária para o setor (Lazzari, 2003).

Essa omissão do Constituinte provocou grave crise de financiamento para a implantação do SUS, reconhecida pela XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000. Ficou consignado no relatório final dessa Conferência que: *“A contradição entre o modelo econômico brasileiro e a proposta de construção do SUS refletiu-se, nesses dez anos, na dificuldade de obter formas estáveis e montantes suficientes para o financiamento do sistema público de saúde, em constante atrito com a expansão de um sistema privado dirigido pela lógica excludente de mercado, coerente com o modelo de desenvolvimento hegemônico no Brasil.”*[§]

Para Gilson Carvalho *“A luta para se conseguir mais recursos para a área de saúde só terá chance de ser vitoriosa quando fizer parte de uma luta de cidadania onde todos os brasileiros estivermos reunidos: governos, prestadores, trabalhadores de saúde e cidadãos usuários dos serviços de saúde com o duplo objetivo de conseguir mais recursos e usar melhor os existentes.”* E prossegue afirmando que *“(...)A ação de saúde é cara e de mensuração de resultados extremamente complexa.”*^{**}

No tocante ao financiamento do SUS, a Constituição definiu que: *“O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”* (art. 198, § 1º.).

O art. 195 da Constituição estabelece ainda que o financiamento da Seguridade Social é um dever imposto a toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de contribuições sociais.

De acordo com o princípio da diferenciação, previsto no par. 1º. do art. 195 da Constituição, as receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à

[§] TOJAL, Sebastião Botto de Barros Tojal [et al]; Marcio Iorio Aranha e Sebastião Botto de Barros Tojal (org). *Op. Cit.* . p.594.

^{**} CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. *O financiamento público da saúde no bloco de constitucionalidade*. www.ead.fiocruz.br/mp.

Seguridade Social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União.

Em respeito aos princípios da autonomia e integração, contidos no par. 2º. do art. 195, 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.

A Constituição estabelece no § 10 do art. 195, que por meio de lei serão disciplinados os critérios de transferências 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.

Para que os recursos transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios sejam realmente aplicados em ações e serviços de saúde é importante manter-se um sistema de controle por meio da fiscalização dos entes envolvidos. Neste sentido: *“O controle das atividades administrativas no âmbito da Administração é, ao lado do comando, da coordenação e da correção, um dos meios pelos quais se exercita o poder hierárquico. Assim, o órgão superior controla o inferior, fiscalizando o cumprimento da lei e das instruções e a execução de suas atribuições, bem como os atos e o rendimento de cada servidor”*.(MEIRELLES,1999)^{††}

O tratamento constitucional dos preceitos do financiamento do Sistema Único de Saúde foi fundamental para a solidez do sistema. No entanto, a Constituição de 1988 não avançou a ponto de definir os critérios de aplicação de recursos para as ações e serviços de saúde. A Emenda Constitucional n. 29/2000 trouxe progresso neste sentido, cuja análise é objeto do item seguinte.

Emenda Constitucional n. 29/2000

^{††} MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito administrativo brasileiro*. 24. ed. São Paulo: Malheiros, 1999. p. 669.

A Constituição de 1988 em sua redação original estabeleceu que cada esfera de Governo deveria alocar recursos de seus orçamentos para o financiamento do Sistema Único de Saúde. Porém, não previu parâmetros precisos, ficando os entes federados livres para aplicar os recursos que entendiam adequados.

A Emenda Constitucional n. 29, de 13.09.2000, procurou corrigir essa omissão do constituinte de 1988, e definiu regras mais objetivas e percentuais mínimos da dotação orçamentária a serem destinados ao Sistema Único de Saúde. Ao art. 198 da Constituição foram acrescentados dois novos parágrafos que estabelecem:

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:

I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

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;

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 § 3.º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I – os percentuais de que trata o § 2º;

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;

III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

Ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) foi acrescentado o art. 77, com regras de transição para aplicação da nova norma, cujo conteúdo é o seguinte:

Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I – no caso da União:

a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;

b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do 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; e

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do 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.

§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento.

§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.

§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal.

§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo.

A Lei Complementar em referência ainda não foi aprovada pelo Congresso Nacional, e poderá demorar em face da complexidade da matéria e dos conflitos de interesses, pois envolve destinação de recursos públicos.

A Emenda Constitucional n. 29/2000, nos termos em que foi aprovada, provocou muitas críticas. Veja-se a respeito a posição do já citado Gilson Carvalho:

A PEC, da luta de sete anos, não é a EC-29 aprovada. A União fica responsável para garantir no mínimo 5% a mais do que os recursos empenhados em 1999 e, nos anos seguintes, a correção pelo valor nominal do PIB. Os Estados deverão investir, no mínimo, 12% e Municípios, no mínimo 15% de seus orçamentos próprios. Quem não tiver atingido esses patamares mínimos, terá um prazo de tolerância para atingi-los, entre os anos de 2000 e 2004. Deverão iniciar, no mínimo, com 7% em 2000, e nos anos seguintes, cobrir a diferença. Nestas siglas e percentuais esconde-se uma postura de governo de, mais uma vez, deixar o social à deriva. (...) As autoridades econômicas, com o beneplácito de FHC, desresponsabilizaram a União e descarregaram mais ônus sobre Estados e Municípios. Diminuíram os recursos de contribuição da União para a saúde e aumentaram os percentuais de Estados e Municípios..^{##}

^{##} CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. *O financiamento público federal do sistema único de saúde*. www.ead.fiocruz.br/mp. p. 252-253

A XI Conferência Nacional de Saúde apresentou um diagnóstico mais favorável quanto aos efeitos da referida Emenda Constitucional. Consta do Relatório Final da Conferência que:

E, neste ano 2000, a conquista da aprovação da Emenda Constitucional 29/2000, ainda que não represente a forma ideal desejada pelo setor, cria horizontes mais favoráveis quanto aos montantes destinados à saúde e coloca desafios para o controle social quanto ao melhor e mais adequado destino dos recursos acrescidos. As principais restrições à EC29/00 estão associadas ao fato de não vir acompanhada de uma regulamentação imediata que garanta um significativo aumento dos recursos na área da saúde, principalmente pelas indefinições sobre o que será admitido como gastos em ações e serviços de saúde.^{§§}

Embora a EC n. 29/2000 não tenha sido aprovada na forma como pretendida pelos especialistas da área, ela significou um grande avanço na alocação de recursos orçamentários a serem destinados às ações e serviços de saúde. De acordo com Ana Maria Malik, “*uma estimativa do Ministério da Saúde aponta a possibilidade de crescimento de mais de 40% dos recursos dos três níveis de governo, entre 1998 e 2004, destinados a Ações e Serviços de Saúde. Desse total, os governos estaduais deverão ampliar seus gastos em mais de 60%, seguidos pelos municípios com 28% em relação aos valores de 1998 (Brasil, 2001 e 2001c).*”^{***}

Os números apresentados pelo Ministério da Saúde, constante do site www.saude.gov.br, demonstram acréscimos na execução orçamentária e financeira a partir da Emenda Constitucional nº 29/2000. O montante total dos recursos destinados ao Ministério da Saúde foram os seguintes: 1998 – 19 bilhões; 1999 - 20 bilhões; 2000 - 23 bilhões; 2001 - 27 bilhões; 2002 - 28 bilhões; para 2003 a previsão orçamentária ultrapassa os 30 bilhões de reais. No mesmo período, o Fundo Nacional de Saúde contou com os seguintes valores: 1998 – 12 bilhões; 1999 – 14 bilhões; 2000 – 16 bilhões; 2001 – 18 bilhões; 2002 – 20 bilhões.

^{§§} TOJAL, Sebastião Botto de Barros Tojal [et al]; Marcio Iorio Aranha e Sebastião Botto de Barros Tojal (org). *Op. Cit.* . p. 594.

^{***} Idem, *ididem*,. p. 521.

A EC n. 29/2000 foi aprovada pelo Congresso Nacional para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços de saúde. Esse objetivo está sendo alcançado, assim como o de estabilização dos recursos com ampliação progressiva até o exercício de 2004. Outro fator importantíssimo da medida é o comprometimento de todos os níveis de governo com o financiamento da saúde.

Sendo assim, não há como negar o grande avanço proporcionado pela EC n. 29/2000, por meio da qual está sendo possível determinar fontes e percentuais de recursos mínimos das três esferas de governo, proporcionando o aumento das dotações orçamentárias para o financiamento do Sistema Único de Saúde.

Fontes de Custeio do SUS

O Legislativo aprovou duas leis básicas para a regulamentação do Sistema Único de Saúde, são elas: a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde (LOS), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências e a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O art. 31 da LOS estabelece norma de planejamento integrado, nos seguintes termos: *“O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias”.*

A administração pública tem por finalidade precípua a promoção do bem-estar social. O *“Planejamento é o estudo e estabelecimento das diretrizes e metas que deverão orientar a ação governamental, através de um plano geral de governo, de programas globais,*

setoriais e regionais de duração plurianual, do orçamento-programa anual e da programação financeira de desembolso, que são seus instrumentos básicos”.⁺⁺⁺

Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde devem ser depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. Esta regra, prevista no art. 33, *caput*, da LOS, é da máxima importância para que os recursos do SUS não sejam desviados para outras finalidades.

Para que seja possível a fiscalização da aplicação dos recursos é preciso que as informações a respeito do SUS sejam divulgadas de forma transparente, com linguagem acessível para toda a comunidade.

Estabelece o art. 36 da LOS que o processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União. Por sua vez, os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária. Sendo vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

A Lei n. 8.142/90 prevê, no art. 3º, *caput*, que os recursos destinados à cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, deverão ser repassados de forma regular e automática para os referidos entes da federação, observados os critérios previstos no art. 35 da Lei n. 8.080/90, quais sejam:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

⁺⁺⁺ MEIRELLES, Hely Lopes. *Op. cit.*, p 665.

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

É intuitivo que a existência de critérios pré-determinados para repasse dos recursos do SUS é extremamente importante para que todos os entes da federação recebam as verbas de forma equânime e não pela benevolência dos governantes que estejam no poder.

Por meio da EC n. 29/2000 foi estabelecido que o orçamento federal para a saúde terá reajustes automáticos segundo a variação do valor nominal do PIB, vinculando recursos federais, do Distrito Federal, dos Estados e Municípios para a saúde e fixando um percentual mínimo dos recursos próprios destes níveis de governo para aplicação imediata.

O Conselho Nacional de Saúde entendeu serem auto-aplicáveis os dispositivos da EC n. 29/2000. Com esse entendimento, e diante da necessidade de esclarecimento conceitual e operacional do texto constitucional, de modo a lhe garantir eficácia e viabilizar sua perfeita aplicação pelos agentes públicos até a aprovação da Lei Complementar a que se refere o par. 3º. do artigo 198 da Constituição, aprovou, com essa finalidade, a Resolução n. 316, de 04 de abril de 2002, cujo texto integral encontra-se nos anexos deste trabalho.

A elaboração dessa Resolução conhecida como “*Parâmetros Consensuais sobre a Implementação e Regulamentação da Emenda Constitucional 29*” deu-se após discussões realizadas por diversificado grupo técnico constituído por representantes do Ministério da Saúde, do Ministério Público Federal, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, da Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados, da Comissão de Assuntos Sociais do Senado e da Associação dos Membros dos Tribunais de Contas – ATRICON.

Embora passível de crítica pelo instrumento normativo utilizado, o estabelecimento dos parâmetros sobre a implantação e regulamentação da Emenda Constitucional n. 29, por meio da Resolução n. 316 do Conselho Nacional de Saúde é válido, em face da auto-aplicabilidade do texto constitucional emendado. A matéria deverá ser regulada por lei complementar com base nos percentuais definidos pela EC n. 29/2000, mas, enquanto não aprovada essa lei, são aplicáveis os percentuais mínimos previstos no art. 77 do ADCT. Ou seja, na ausência da lei complementar referida, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios os critérios transitórios definidos pela EC nº 29/2000.

A apuração dos valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, de que tratam o art. 198, § 2º da Constituição Federal e o art. 77 do ADCT, dar-se-á a partir das seguintes bases de cálculo:

I – União

No ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, cinco por cento.

De 2001 a 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB.

A expressão “o valor apurado no ano anterior”, prevista no art. 77, II, ‘b’, do ADCT, é o montante efetivamente empenhado pela União em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior, desde que garantido o mínimo assegurado pela Emenda Constitucional para o ano anterior.

II – Estados e Distrito Federal

Doze por cento do 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, da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Na apuração da base de cálculo dos Estados deve ser observada a seguinte fórmula:

. Total das receitas de impostos de natureza estadual: ICMS, IPVA, ITCMD

(+) Receitas de transferências da União: Quota-Parte do FPE, Cota-Parte do IPI – Exportação, Transferências da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)

(+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF

(+) Outras receitas correntes: Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária.

(-) Transferências financeiras constitucionais e legais a Municípios: ICMS (25%), IPVA (50%), IPI – Exportação (25%),

(=) Base de Cálculo Estadual

III – Municípios e Distrito Federal

Quinze por cento do 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, da Constituição Federal.

No caso dos Municípios deve se proceder da seguinte forma:

. Total das receitas de impostos municipais: ISS, IPTU, ITBI

(+) Receitas de transferências da União: Quota-Parte do FPM, Quota-Parte do ITR, Quota-Parte da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)

(+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF

(+) Receitas de transferências do Estado: Quota-Parte do ICMS, Quota-Parte do IPVA, Quota-Parte do IPI – Exportação

(+) Outras Receitas Correntes: Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária

(=) Base de Cálculo Municipal

Para os Estados e os Municípios, até o exercício financeiro de 2004, deverá ser observada a regra de evolução progressiva de aplicação dos percentuais mínimos de vinculação, prevista no art. 77 do ADCT. Os entes federados cujo percentual aplicado em 2000 tiver sido não superior a sete por cento deverão aumentá-lo de modo a atingir o mínimo previsto para os anos subsequentes, conforme o quadro que segue:

Percentuais Mínimos de Vinculação		
Ano	<i>Estados</i>	<i>Municípios</i>
2000	7%	7%
2001	8%	8,6%
2002	9%	10,2%
2003	10%	11,8%
2004	12%	15%

A apuração da base de cálculo do Distrito Federal é definido pelo somatório do percentual de vinculação correspondente aos Estados aplicado sobre a base estadual com o percentual de vinculação correspondente aos municípios aplicado sobre a base municipal, seguindo a regra de progressão prevista no artigo 77 da ADCT, conforme se demonstra a seguir:

Ano	Montante Mínimo de Vinculação
2000	$0,07 \times \text{Base Estadual} + 0,070 \times \text{Base Municipal}$
2001	$0,08 \times \text{Base Estadual} + 0,086 \times \text{Base Municipal}$
2002	$0,09 \times \text{Base Estadual} + 0,102 \times \text{Base Municipal}$
2003	$0,10 \times \text{Base Estadual} + 0,118 \times \text{Base Municipal}$
2004	$0,12 \times \text{Base Estadual} + 0,150 \times \text{Base Municipal}$

. Base de Cálculo Estadual: ICMS (75%), IPVA (50%), ITCD, Simples, Imposto de Renda Retido na Fonte, Quota-parte FPE, Quota-parte IPI-exportação (75%), Transferência LC 87/96 - Lei Kandir (75%), Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, juros de mora e correção monetária.

. Base de Cálculo Municipal: ICMS (25%), IPVA (50%), IPTU, ISS, ITBI, Quota-parte FPM, Quota-parte IPI-exportação (25%), Quota-parte ITR, Transferência LC 87/96 - Lei Kandir (25%), Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, juros de mora e correção monetária

De acordo com o § 1º do art. 77 do ADCT, os entes federados que em 2000 já aplicavam percentuais superiores a sete por cento não poderão reduzi-lo, retornando aos sete por cento. A diferença entre o efetivamente aplicado e o percentual final estipulado no texto constitucional deverá ser abatida na razão mínima de um quinto ao ano, até 2003, sendo que em 2004 deverá ser, no mínimo, o previsto no art. 77 do ADCT.

Do exposto, concluiu-se que a Emenda Constitucional n. 29/2000, ao definir nova sistemática de cálculo para apuração dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde pelos entes federados, proporcionou significativo aumento das dotações orçamentárias para o financiamento do Sistema Único de Saúde.

No entanto, há muito que ser feito para haja o incremento necessário na dotação orçamentária da saúde no Brasil, principalmente em nível federal. Considerando-se que nos últimos anos a arrecadação de tributos pela União tem apresentado crescimento expressivo (vg. em 2002 houve crescimento nominal de 23,54% em relação a 2001)⁺⁺⁺, a adoção da proporcionalidade de distribuição de receitas proporcionaria um aumento substancial dos valores vertidos para o SUS.

⁺⁺⁺ In www.receita.fazenda.gov.br.

Os recursos que a União aplica em ações e serviços de saúde são advindos em grande parte da arrecadação decorrente das contribuições sociais destinadas à Seguridade Social, assim definidas no art. 195 da Constituição:

I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:

- a) A folha de salário e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;
- b) A receita ou o faturamento;
- c) O lucro;

II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social;

III – sobre a receita de concurso de prognósticos.

Além dessas contribuições, poderão ser instituídas, através de lei complementar, outras fontes destinadas a manutenção ou expansão da seguridade social, consoante previsão contida no parágrafo 4º, do mencionado art. 195 da Constituição.

Há que se ressaltar que por força da Emenda Constitucional n. 20, de 15 de dezembro de 1998, que acrescentou o inciso XI ao art. 167 da Constituição, foi vedada a utilização dos recursos provenientes das contribuições sociais de que trata o art. 195, I, “a” e II, para a realização de despesas distintas do pagamento de benefícios do regime geral de previdência social.

A arrecadação da Seguridade Social advinda de contribuições do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre a folha de salário e

demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício, e àquelas a cargo do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não serão destinadas ao custeio das despesas da área da saúde.

As várias espécies de contribuições destinadas ao custeio da Seguridade Social, autorizadas pelo texto constitucional e instituídas nos moldes estabelecidos pela Constituição, podem ser assim relacionadas:

- 1) Contribuição do segurado empregado, empregado doméstico e trabalhador avulso: as alíquotas são 8, 9 e 11% aplicadas sobre o salário de contribuição (art. 20 da Lei n. 8.212/91);
- 2) Contribuição dos segurados contribuinte individual e facultativo: a alíquota é de 20% incidente sobre o salário de contribuição (art. 21 da Lei n. 8.212/91);
- 3) Contribuições de empresa e da entidade a ela equiparada:
 - a) Sobre a folha de salário e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício: a alíquota de 20 % incidente sobre o total das remunerações pagas, devidas ou creditadas a qualquer título, durante o mês, aos segurados empregados, trabalhadores avulsos e contribuintes individuais que lhe prestem serviços (art. 22, I e III, da Lei n. 8.212/91);
 - b) Seguro acidente do trabalho (SAT): 1, 2 ou 3% incidente sobre o total das remunerações pagas ou creditadas, no decorrer do mês, aos segurados empregados e trabalhadores avulsos (art. 22, II, da Lei n. 8.212/91);
 - c) Sobre a receita e o faturamento: COFINS - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social: a alíquota de de 3% incidente

sobre a receita bruta, entendendo-se como tal a totalidade das receitas auferidas pela pessoa jurídica (Lei Complementar n. 70/91);

- d) Sobre o lucro líquido – CSLL: 9% incidente sobre o lucro líquido do período-base, antes da provisão para o imposto de renda (Lei n. 7.689/88 e alterações posteriores);
- 4) Contribuição das associações desportivas que mantém equipe de futebol profissional: 5% incidentes sobre a receita bruta decorrentes dos espetáculos desportivos de que participem em todo o território nacional em qualquer modalidade desportiva, inclusive jogos internacionais, e de qualquer forma de patrocínio, licenciamento de uso de marcas e símbolos, publicidade, propaganda e transmissão de espetáculos desportivos (art. 22, par. 9º., da Lei n. 8.212/91);
- 5) Contribuição incidente sobre a remuneração dos trabalhadores na construção civil: a apuração se dá sobre o salário de contribuição contido em nota fiscal de serviço/fatura ou com base na área construída e ao padrão da construção da obra (art. 30, par. 4º., da Lei n. 8.212/91);
- 6) Contribuição do empregador doméstico: 12% incidente sobre o salário de contribuição do empregado doméstico a seu serviço (art. 24 da Lei n. 8.212/91);
- 7) Contribuição do produtor rural – pessoa física e do segurado especial: 2% incidente sobre a receita bruta proveniente da comercialização da produção (art. 25 da Lei n. 8.212/91);
- 8) Contribuição do produtor rural – pessoa jurídica: 2,5% incidente sobre a receita bruta proveniente da comercialização da produção (art. 22-A da Lei n. 8.212/91);
- 9) Contribuição sobre a receita de concursos de prognósticos: constitui receita da Seguridade Social a renda líquida dos concursos de prognósticos, excetuando-se os valores destinados ao Programa de Crédito Educativo (art. 26 da Lei n. 8.212/91);

10) Contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos de natureza financeira (CPMF): 0,38 % incidente sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos de natureza financeira, sendo: 0,20% destinada ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento das ações e serviços de saúde; 0,10% ao custeio da previdência social; 0,08% ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (Emenda Constitucional n. 37/2002).

É importante ressaltar, todavia, que somente as contribuições referidas nos itens 3 “c” e “d”, 9 e 10 poderão ser transferidas para o Sistema Único de Saúde por força da vedação constante do art. 167, XI, da Constituição.

Das contribuições elencadas, a CPMF tem participação expressiva no custeio das ações e serviços de saúde, em face do volume arrecadado e da destinação prevista pela Emenda Constitucional n. 37/2002. Embora seja fonte subsidiária, ela foi responsável pela regularização dos fluxos de recursos destinados à saúde pública nos últimos anos. Assim, a manutenção dessa contribuição, embora o tema seja objeto de renhido debate no plano político, é opção que não se deveria abandonar sem um exame mais detido das consequências da sua supressão.

Constituem-se, também, fontes de recursos do Sistema Único de Saúde as receitas previstas no art. 32 da LOS que são provenientes de:

- a) Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;
- b) Ajuda, contribuições, doações e donativos;
- c) Alienações patrimoniais e rendimentos de capital;
- d) Taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e
- e) Rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

A LOS prevê, também, que as ações de saneamento básico executadas supletivamente pelo SUS serão financiadas com recursos do Sistema Financeiro de Habitação (art. 32, § 3º). Por sua vez, as atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo SUS, pelas universidades e pelo orçamento

fiscal^{§§§}, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras (art. 32, § 5º).

Outra fonte de recursos de significativa importância para o SUS é o repasse de 50% (cinquenta por cento) do Seguro Obrigatório de Veículos Automotores Terrestres (DPVAT), previsto na Lei n. 6.194/74. O DPVAT é pago no momento da quitação do Imposto de Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), o qual, por ser um imposto estadual, obedece a prazos de pagamento definidos pelos Estados, cujo calendário pode ser alterado anualmente.

Como se pode verificar das diversificadas fontes de receitas examinadas neste trabalho, o legislador, ao instituir contribuições exigidas dos mais variados segmentos da sociedade, atentou para a observância do princípio da diversidade da base de financiamento do Sistema Único de Saúde. Isso não quer dizer, todavia, conforme já sublinhado ao longo deste estudo, que os recursos arrecadados sejam suficientes para a crescente demanda por ações e serviços no campo da saúde pública. Por isso, a pertinência de constantes estudos e pesquisas nesta área no sentido de aprimorar o sistema e adequá-lo às legítimas exigências dos milhões de brasileiros que dele dependem.

O Fundo Nacional de Saúde (FNS) funciona como agente financeiro do SUS, sendo os seus recursos destinados a prover as despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades da administração indireta, as transferências para a cobertura de ações e serviços de saúde, a serem executados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, e outras autorizadas pela Lei Orçamentária Federal, em consonância com o Plano Quinquenal do Ministério da Saúde (art. 2º. da Lei n. 8.142/90).

Os recursos que integram o FNS possuem origens diversas, que podem ser relacionadas da seguinte forma:

^{§§§} Orçamento Fiscal: Está contido na lei orçamentária anual e se refere aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidade da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo poder público.

- Consignações do Orçamento da Seguridade Social destinadas, conforme o disposto no art. 34 da Lei n. 8.080/90, para as despesas e transferências estabelecidas no art. 2º da Lei n. 8.142/93;
- Consignações do Orçamento Fiscal da União;
- Decorrentes de créditos adicionais;
- Decorrentes de doações de organismos internacionais vinculadas à Organização das Nações Unidas e de entidades de cooperação técnica e de financiamentos e empréstimos;
- Resultados de aplicações financeiras na forma da legislação vigente;
- Outras fontes, de acordo com o art. 32 da Lei n. 8.080/90;
- Da contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos de natureza financeira (CPMF);
- 50% do valor bruto do Seguro Obrigatório de Veículos Automotores Terrestres (DPVAT)

O FNS vem sendo paulatinamente organizado em conformidade com as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde, servindo de importante paradigma para a organização nos Estados e Municípios dos respectivos fundos de saúde.

Convém destacar que todos os esforços na arrecadação dos recursos destinados às ações e serviços de saúde cairão por terra se não forem eles geridos sob impermeável manto ético e total transparência.

A adoção de medidas de eficiência capazes de levar a melhores práticas não pode servir de base para que se corte o nível de recursos financeiros ou organizacionais do SUS, pelo contrário, a melhoria da eficiência pode na realidade, exigir o aumento de gastos. Esta

hipótese merece uma séria reflexão, em especial quando economistas renomados internacionalmente, ao analisar o sistema americano, sugerem que há pouca evidência de que “(...) o setor privado possa oferecer assistência à saúde mais eficiente do que a oferecida pelo governo” (KRUGMAN;WELLS,2006).

Uma proposta de nova fonte de financiamento estável e abrangente, defendida por amplos setores da sociedade e por instituições de Estado (IPEA, 2008), parece um caminho viável para atenuar a contradição entre o modelo redistributivo descrito na constituição e o nível de gasto público. Apesar do clima de incerteza da proposta de reforma fiscal e do futuro do orçamento da seguridade social (SILVEIRA, RANGEL, 2008; DELGADO, 2008), a criação de nova fonte financeira estável e progressiva para o setor da saúde tornaria a promessa da constituição do sistema de saúde universal uma realidade mais próxima dos trabalhadores e de todos os cidadãos brasileiros, sem distinção.

3.0 METODOLOGIA

Uma revisão de literatura foi realizada através de busca por artigos em base de dados como BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde), PUBMED (Publicações Médicas) e SCIELO (Scientific Eletronic Library Online) cujas palavras chaves foram SUS, pacientes com deficiência. Foi consultado o endereço eletrônico do Ministério da Saúde do Brasil. As idéias principais dos artigos e capítulos de livros selecionados foram extraídas e transcritas. Após reflexão cuidadosa, foi formulada a conclusão e proposta nova tabela de procedimentos diferenciados para a assistência em saúde a pacientes com deficiência.

4.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação de novos procedimentos para assistir e desenvolver a qualidade de vida das pessoas com deficiência intelectual, estimadas em 7% da população, segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), por se tratar de procedimentos do Ministério da Saúde do Brasil, valendo, portanto para todo o território nacional, levará benefícios inestimáveis a este segmento.

Os procedimentos que aqui passo a sugerir para a tabela de códigos do SUS contemplariam assim no conjunto denominado SIA/SUS (códigos usados para registrar a produção ambulatorial) as necessidades por área de atuação (especialidade), conforme a tabela 1.

TABELA 1. Tabela com os códigos de procedimentos sugeridos para registrar a produção ambulatorial por área de atuação.

Profissional de Saúde	O que faz	Códigos para procedimentos
Pediatra	Acompanha o desenvolvimento de crianças de 0 a 16 anos; orientando sobre educação em saúde, verificam as intercorrências pertinentes a sua deficiência, trata as patologias insurgentes e encaminha para as demais especialidades conforme a necessidade do caso.	1.Consulta médica especializada para habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência intelectual em nível ambulatorial. 2.Consulta médica especializada para habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência intelectual em nível domiciliar.
Clínico Geral	Acompanha a saúde dos pacientes maiores de 16 anos, orientando sobre educação em saúde, trata as patologias insurgentes e encaminha para as demais especialidades.	1.Consulta médica especializada para habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência intelectual em nível ambulatorial. 2.Consulta médica especializada para habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência intelectual

		em nível domiciliar
Neurologista	Realiza exames específicos para o acompanhamento do desenvolvimento do sistema neuropsicomotor e encaminha para as demais especialidades quando necessário. Trata de patologias associadas ao sistema neurológico e orienta aos cuidadores.	1.Consulta médica especializada para habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência intelectual em nível ambulatorial. 2.Consulta médica especializada para habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência intelectual em nível domiciliar
Psiquiatra	Acompanha a saúde mental dos pacientes com este quadro associado à deficiência mental, tratando e orientando ao cuidador.	1.Consulta médica especializada para habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência intelectual em nível ambulatorial. 2.Consulta médica especializada para habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência intelectual em nível domiciliar
Geneticista	Realiza a pesquisa genética para identificação do diagnóstico do paciente. Orienta a família, participa de estudos de casos clínicos para compartilhar com a equipe multiprofissional as informações de prognóstico e plano de tratamento.	1.Consulta médica especializada para habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência intelectual em nível ambulatorial. 2.Consulta médica especializada para habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência intelectual em nível domiciliar
Ortopedista	Realiza os exames para identificação e tratamento das deformidades ortopédicas associadas ao paciente com deficiência intelectual.	1.Consulta médica especializada para habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência intelectual em nível ambulatorial. 2.Consulta médica especializada para habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência intelectual em nível domiciliar
Ginecologista	Realiza os exames preventivos em	1.Consulta médica especializada

	ginecologia, trata as patologias associadas à paciente com deficiência intelectual, executa orientação e procedimentos de anticoncepcionalização.	para habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência intelectual em nível ambulatorial. 2.Consulta médica especializada para habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência intelectual em nível domiciliar
Cirurgião- Dentista	O Cirurgião-dentista que realiza o tratamento preventivo e curativo das doenças bucais associadas aos pacientes com deficiência intelectual enfrentam dificuldades em assistir à um paciente normalmente não colaborativo e que muitas vezes tem outras patologias;assim não só pelos procedimentos,mas,também pelo local em que se vai realizar este procedimento.	1.Tratamento odontológico em nível ambulatorial, em pacientes com deficiência intelectual. 2.Tratamento odontológico com sedação consciente, em pacientes com deficiência intelectual. 3.Tratamento odontológico em nível domiciliar, em pessoas com deficiência intelectual. 4.Tratamento odontológico em nível hospitalar, em pessoas com deficiência intelectual.
Psicólogo	O Psicólogo realiza terapias individuais ou em grupos, orienta famílias, aplica testes de avaliação de inteligências, elabora laudos e relatórios e participa de grupos de estimulação.	1.Tratamento psicológico em ambiente ambulatorial individual ou em grupo de pacientes com deficiência intelectual 2.Tratamento psicológico em ambiente domiciliar, em pessoas com deficiência intelectual.
Pedagogo	O Pedagogo acompanha o desenvolvimento pedagógico de pacientes com deficiência intelectual; orientando o paciente, o cuidador, os profissionais das	1.Atendimento pedagógico em nível ambulatorial,para pessoas com deficiência intelectual. 2.Atendimento pedagógico em nível domiciliar, em pessoas com

	escolas; realiza estimulação e motivação individual ou em grupo.	deficiência intelectual.
Terapeuta Ocupacional	O Terapeuta Ocupacional trabalha com desenvolvimento neuropsicomotor do paciente com deficiência intelectual por meio de atividades da vida diária, lazer e estimulações da coordenação motora ampla e fina.	1.Atendimento de terapia ocupacional em ambiente ambulatorial. em pacientes com deficiência intelectual. 2.Atendimento de terapia ocupacional em ambiente domiciliar, em pacientes com deficiência intelectual.
Enfermeiro	O Enfermeiro realiza o processo de enfermagem em pacientes com deficiência intelectual, procedimentos preventivos e puericultura, orientação e estimulação individual ou em grupos.	1.Atendimento de enfermagem em ambiente ambulatorial, para pessoas com deficiência intelectual. 2.Atendimento de enfermagem em ambiente domiciliar, para pessoas com deficiência intelectual.
Fisioterapeuta	O Fisioterapeuta realiza acompanhamento do desenvolvimento do sistema neuropsicomotor, estimulação individual ou em grupo por meio de terapias em solo ou piscina; Exame de evolução clínica e tratamento de patologias associadas ao paciente com deficiência intelectual.	1.Atendimento de fisioterapia individual em pacientes com deficiência intelectual. 2.Atendimento de fisioterapia em grupos de pacientes com deficiência intelectual. 3.Atendimento de fisioterapia em piscina para hidroterapia de pacientes com deficiência intelectual.
Fonoaudiólogo	O Fonoaudiólogo realiza a avaliação do desenvolvimento da fala, deglutição, audição e motricidade oral dos pacientes com deficiência	1.Tratamento de fonoaudiologia individual em pacientes com deficiência intelectual 2.Tratamento de fonoaudiologia em

	intelectual.	grupo de pessoas com deficiência intelectual
Serviço Social	O Assistente Social realiza a pesquisa social para enquadrar o paciente com deficiência intelectual conforme suas necessidades, direitos e deveres. Faz orientação aos cuidadores, auxilia nos processos de evolução social, realiza busca ativa por meio de visitas domiciliares, elabora laudos e relatórios para os devidos fins.	1.Atendimento de assistência social em nível ambulatorial 2.Atendimento de serviço social em visita domiciliar.

5.0 CONCLUSÃO

A tabela onde se encontram os procedimentos, denominada SIASUS, pode ser encontrada no site do MS (<http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php>) e quando acessada, nos permite verificar os procedimentos reconhecidos, independente do nível hierárquico em que se encontra, para todos os tipos de profissionais e para quaisquer indicações sendo que alguns se referem as pessoas deficientes, sem no entanto atender às reais necessidades. Por isto, concluo que os procedimentos não contemplados até então devem ser inseridos na atual tabela e venham a complementar os já existentes e implementar uma política de assistência voltada a este segmento, hoje aliado de uma assistência diferenciada por causa da inexistência deste fomento aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home>>. Acesso em julho / 2008.

Ministério da Saúde. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/saude/>. Acesso em julho / 2008.

Secretaria Municipal da Saúde de Joinville. Disponível em: <http://www.saudejoinville.sc.gov.br/downloads/upcaa/documentos/RelatorioGestao2007Joinville.pdf>. Acessado em julho / 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência/Ministério da Saúde Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas-2. ed. ver. Atual. -Brasília: editora do ministério da saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa/Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília:Ministério da Saúde,2006.

FLEURY, S.Por uma sociedade sem excluídos (as)(2007). Disponível em: <http://www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/outras-publicacoes/social-watch-2007/Social%20Watch%202007%20sociedade%20-%20Sonia%20Fleury.pdf>
Acessado em agosto/2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde de Pessoa Portadora de Deficiência/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS,G.W. Reforma da reforma:repensando a saúde. São Paulo:Hucitec,1997.

DELGADO,G.C. Reforma tributária é o mais sorrateiro golpe da seguridade social. Correio da cidadania,2008. Disponível em WWW.correiodacidade.com.br/content/view/1949/109_em_30/06/2008. Acesso em 18/09/2009

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Boletim de políticas sociais,n.15.Brasília :IPEA,mar.2008.

KRUGMAN,P.;WELLS,R. The health care crisis and what to do about it. The New York review of books,v.53,n.5,2006. Disponível em: WWW.nybooks.com/articles/18802_em_04/12/2007. Acesso em 20/09/2009.

PORTO,S.M. Equidad y distribución geográfica de recursos financeiros em los sistemas de salud. Cadernos de Saúde Pública,v.18.n.4,p. 939-957,2002.

SILVEIRA, F. G.; RANGEL, L. Proposta de desoneração da contribuição sobre a folha. *Valor on line*, 06/27/2008. Disponível em: <www.valoronline.com.br/

valoreconomico/285/primeirocaderno/opiniaio/Proposta+de+desoneracao+da+contribuicao+sobre+a+folha,,58,5008776.html?highlight=&newsid=5008776&areaid=58&editionid=2038 em 30/06/2008>.

FLEURY, S.; BELMARTINO, S.; BARIS, E. (Eds.). *Reshaping health care systems in Latin America*. A comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil, and Mexico. Canada: International Development Research Centre, 2000. p. 225-262.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988*. www.senado.gov.br/legislacao.

_____. *Lei nº 8080 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*. www.senado.gov.br/legislacao.

_____. *Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. www.senado.gov.br/legislacao.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 316, de 04 de abril de 2002*. www.ead.fiocruz.br/mp.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. *Como calcular o percentual de recursos próprios que estados e municípios devam destinar à saúde segundo a EC-29*. www.ead.fiocruz.br/mp.

_____. *O financiamento público da saúde no bloco de constitucionalidade*. www.ead.fiocruz.br/mp.

_____. *O financiamento público federal do sistema único de saúde*. www.ead.fiocruz.br/mp.

CASTRO, Carlos Alberto Pereira de; LAZZARI, João Batista. *Manual de direito previdenciário*. 3. ed. São Paulo: LTr, 2002. 632 p.