

THE FINANCING OF PUBLIC HEALTH ACTIONS AND SERVICES ACCORDING TO THE UNIVERSALISM OF DIFFERENCE**O FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS EM SAÚDE SEGUNDO O UNIVERSALISMO DA DIFERENÇA****Nangel Gomes Cardoso¹**

¹Mestre em Direito pelo PPGD da Faculdade de Direito da Universidade de Itaúna. Pós-graduado em Direito Penal, Direito Processual Penal e Direito Administrativo pela Universidade Cândido Mendes. Advogado, consultor jurídico, procurador municipal e sócio-fundador do escritório Otoni, Oliveira e Cardoso Advogados Associados.
nangelgomescardoso@hotmail.com

Recebido/Received: 16.12.2022/ December 16th, 2022.
Aprovado/Approved: 09.02.2023/ February 9th, 2023.

RESUMO

Partindo da premissa estabelecida por Giacomo Marramao acerca do universalismo da diferença, o presente estudo analisa o modelo de financiamento das ações e serviços públicos em saúde adotado no Brasil desde os parâmetros fixados na Constituição Federal e na Lei Complementar n.º 141 de 2012. Dados coletados e divulgados pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Avançadas e pelo Ministério Público de Contas do Estado de São Paulo demonstraram que a contrapartida da União para o financiamento da política pública de saúde no Brasil tem retrocedido, o que acarreta em uma sobrecarga dos demais Entes Federados. Em que pese a constatação de que os Municípios brasileiros vêm cumprindo, ainda que apenas formalmente, os índices estabelecidos pelo arcabouço normativo, não se verifica a efetivação do direito social à saúde, o que desperta questionamento sobre a eficiência do modelo de financiamento adotado. A teoria de Marramao sobre universalismo da diferença surge no presente trabalho como alternativa para o aperfeiçoamento do modelo de aplicação de recursos públicos, sobretudo por se almejar a distribuição financeira a partir das peculiaridades de cada Ente Federado e não apenas como base em índices mínimos.

Palavras-chave: Direito social à saúde. Financiamento das ações e serviços públicos em saúde. Políticas públicas. Universalismo da diferença.

ABSTRACT

Starting from the premise established by Giacomo Marramao about the universalism of difference, the present study analyzes the financing model for public health actions and services adopted in Brazil from the parameters established in the Federal Constitution and in Complementary Law n. 141 of 2012. Data collected and published by IPEA and by the Public Ministry of Accounts of the State of São Paulo showed that the Union's counterpart for the financing of public health policy in Brazil has retreated, which results in an overload of other federated entities. Despite the fact that Brazilian municipalities have been complying, even if only formally, with

the indices established by the normative framework, the social right to health has not been implemented, which raises questions about the efficiency of the adopted financing model. Marramao's theory on the universalism of difference appears in the present work as an alternative for the improvement of the model of application of public resources, mainly because the financial distribution is aimed from the peculiarities of each federated entity and not only based on minimum indices.

Keywords: Social right to health. Financing of public health actions and services. Public policy. Universalism of difference.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO; 1. O DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL; 2. O DIREITO À SAÚDE NO ORDENAMENTO JURÍDICO; 3. O FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS EM SAÚDE; 4. O UNIVERSALISMO DA DIFERENÇA; 5. O UNIVERSALISMO DA DIFERENÇA E O FINANCIAMENTO DO DIREITO SOCIAL À SAÚDE; 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS; REFERÊNCIAS.

INTRODUÇÃO

Um estudo divulgado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em 2018 sobre a política de saúde do Brasil¹ demonstrou que após a aprovação da Emenda Constitucional n.º 95 de 15 de dezembro de 2016 houve o congelamento, em termos reais, das despesas primárias da União e o estabelecimento de uma nova regra de apuração das suas despesas pela ótica da execução financeira.

Segundo o IPEA, o Novo Regime Fiscal (NRF) introduzido com a Emenda n.º 95 impactou o volume de recursos efetivamente disponibilizados para o Sistema Único de Saúde (SUS), seja em decorrência do teto de gastos imposto pela Constituição Federal ou pelo modo de apuração do piso federal de despesas com ações e serviços públicos de saúde².

O congelamento e a insuficiência dos investimentos da União em ações e serviços públicos de saúde iniciou um verdadeiro retrocesso em relação ao regime anteriormente instituído pela Emenda Constitucional n.º 29 de 13 de setembro de 2000 e pela Lei Complementar n.º 141 de 13 de janeiro de 2012, sobretudo por transferir aos demais entes federados a responsabilidade pelo custeio das referidas ações.

Em consulta ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)³, realizada no dia 16 de junho de 2022, constatou-se que, ao menos do ponto de vista formal, os Municípios brasileiros⁴ vêm cumprindo, nos últimos cinco anos, as metas de investimento mínimo em saúde pública. Entretanto, o mero cumprimento

1 VIEIRA, Fabiola Sulpino; PIOLA, Sérgio Francisco; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. **Controvérsias sobre o Novo Regime Fiscal e a apuração do gasto mínimo constitucional com saúde**. IPEA. Políticas Públicas: acompanhamento e análise, n. 25, 2018.

2 VIEIRA, Fabiola Sulpino; PIOLA, Sérgio Francisco; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. **Controvérsias sobre o Novo Regime Fiscal e a apuração do gasto mínimo constitucional com saúde**. IPEA. Políticas Públicas: acompanhamento e análise, n. 25, 2018.

3 BRASIL. **Ministério da Saúde**. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/ acesso-a-informacao/siops>. Acesso: em 17 jul. 2022.

4 Foram observados dados referentes ao período compreendido entre os anos de 2017 e 2021 acerca dos seguintes Municípios: Almenara, Rubim, Rio do Prado, Salto da Divisa, Santa Maria do Santo, Palmópolis e Mata Verde.

das metas não se reflete como garantia de efetividade do direito social à saúde, sobretudo porque pessoas continuam morrendo nas filas dos hospitais públicos⁵ ou aguardando durante anos a realização de procedimentos médicos⁶.

A partir de tais constatações, surgiram questionamentos acerca da efetividade do estabelecimento de percentuais mínimos para investimento em saúde. Não se nega a importância da imposição de investimento mínimo aos entes federados, sobretudo em razão da necessidade de estruturação do SUS. Contudo, em um Estado com dimensões continentais e de realidades tão distintas, é inevitável que se questione a efetividade do modelo de financiamento da saúde pública baseado apenas na aplicação de recursos mínimos.

A partir, então, da teoria do universalismo da diferença trabalhada por Giacomo Marramao no artigo "Pensar Babel: O universal, o múltiplo, a diferença", o presente estudo propõe uma reflexão sobre a forma de financiamento da saúde pública no Brasil a fim de que o método transcenda a mera fixação de patamares mínimos e passe a considerar as peculiaridades de cada um dos entes federados.

No texto, Marramao propõe a desconstrução da concepção de universalismo tradicional e trabalha a noção de que a primeira diferença é a diferença do singular e de que o primeiro e fundamental direito é o direito da singularidade.

Assim, o presente trabalho se pautará em uma pesquisa bibliográfica e documental, oportunidade em que serão levados em consideração livros, julgados, textos de lei e artigos científicos que proporcionarão uma análise crítica do tema problema.

Pela própria natureza do presente trabalho acadêmico não há nenhuma pretensão em exaurir temas como políticas públicas, direito à saúde e financiamento das ações e serviços públicos em saúde, mas apenas estabelecer uma base conceitual que viabilize a compreensão acerca da proposta que será trabalhada.

1. O DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL

A grande maioria dos escritos sobre direito à saúde inicia suas considerações fundamentando o acesso às ações e serviços públicos em saúde no arcabouço normativo previsto a partir do artigo 196 da Constituição Federal ou, para os trabalhos que pretendem uma análise no plano internacional, o fundamento inicial decorre da Declaração Universal dos Direitos Humanos – Resolução 217, A-III da Assembleia Geral das Nações Unidas – além, é claro, do quanto estabelecido pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em 1978 em Alma-Ata, no sentido de que a saúde é uma condição que vai muito além do mero bem-estar físico.

5 PORTALG1. **Paciente morre na fila da saúde do rio por demora em fazer um exame.** Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2019/06/04/paciente-morre-na-fila-da-saude-do-rio-por-demora-em-fazer-um-exame.ghtml>. Acesso em 17 jun. 2022.

6 DIÁRIO DO GRANDE ABC. **Idosa sofre há 05 anos com artrose a espera de cirurgia.** Disponível em: <https://www.dgabc.com.br/Noticia/3872016/idoso-sofre-ha-5-anos-com-artrose-a-espera-de-cirurgia>. Acesso em 17 jun. 2022.

No caso do presente estudo, no entanto, antes mesmo de trazer à baila os fundamentos normativos supramencionados, incumbe esclarecer que o direito à saúde, além de um pressuposto para o exercício de incontáveis outros direitos, detém *status* de direito fundamental de caráter social, conforme prevê o artigo 6º da Constituição Federal.

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).

Parágrafo único. Todo brasileiro em situação de vulnerabilidade social terá direito a uma renda básica familiar, garantida pelo poder público em programa permanente de transferência de renda, cujas normas e requisitos de acesso serão determinados em lei, observada a legislação fiscal e orçamentária. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 114, de 2021).⁷

Na condição de direito fundamental, o direito à saúde possui aplicabilidade imediata, segundo a regra prevista no artigo 5º, §1º da CF. No entanto, em que pese o normativo constitucional, direitos sociais são ordinariamente identificados como regras de eficácia limitada e, em especial no Brasil, não são necessariamente efetivos.

Por mais que a classificação tradicional das normas constitucionais de José Afonso da Silva⁸ esteja presente até os dias atuais nas mais variadas lições sobre Direito Constitucional, é fato que o grande desafio do Estado brasileiro não reside na identificação das normas de eficácia plena, contida ou limitada, mas na premente necessidade de conferir eficácia a todo o texto constitucional.

No caso específico das ações e serviços públicos em saúde, malgrado a regulamentação prevista diretamente no próprio texto constitucional, não se pode afirmar, com certeza, que o direito social à saúde tenha alcançado, de fato, a condição de um direito efetivo.

De forma equivocada os direitos sociais que dependem de alguma regulamentação – como no caso da saúde – são interpretados como regras meramente programáticas, como metas ou objetivos a serem perseguidos pelo Estado.

Nesse sentido, vale relembrar a lição de Mariana Siqueira⁹ no sentido de que a necessidade de regulamentação não autoriza a conclusão de que os direitos sociais são apenas meras proposições programáticas. Segundo a autora, a falta de condições fáticas ou a ausência de vontade política não justificam a ineficácia das regras previstas expressamente no texto constitucional, sobretudo em razão da imperatividade do atributo da dignidade da pessoa humana previsto como fundamento da República Federativa do Brasil¹⁰.

7 BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 jun. 2022.

8 SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. São Paulo: Malheiros, 2016.

9 DE CARVALHO, Mariana Siqueira. **A saúde como direito social fundamental na Constituição Federal de 1988**. Revista de Direito Sanitário, v. 4, n. 2, p. 15-31, 2003.

10 DE CARVALHO, Mariana Siqueira. **A saúde como direito social fundamental na Constituição Federal de 1988**. Revista de Direito Sanitário, v. 4, n. 2, p. 15-31, 2003.

A omissão dos poderes Executivo e Legislativo quanto à implementação de políticas públicas que visem à efetivação de direitos sociais autoriza, inclusive, a intervenção judicial a fim de garantir a consecução de tais direitos. Intervenção judicial nas políticas públicas que se legitima a partir da interpretação dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil. De acordo com a doutrina do Direito, tais objetivos, previstos no artigo 3º da Constituição Federal, se constituem como verdadeiro núcleo central para a garantia da dignidade da pessoa humana, considerada, em todo caso, a partir da premissa do mínimo existencial.

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;

II - garantir o desenvolvimento nacional;

III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação¹¹.

É fato que a mera possibilidade de intervenção judicial nas políticas públicas de saúde evidencia não apenas a ineficiência e a falta de vontade política em relação aos direitos sociais, mas a incapacidade do Estado brasileiro em efetivar os direitos mínimos e, por conseguinte, o próprio texto constitucional.

2. O DIREITO À SAÚDE NO ORDENAMENTO JURÍDICO

A Declaração Universal dos Direitos Humanos – Resolução 217, A-III da Assembleia Geral das Nações Unidas – reconheceu a todo ser humano o direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e cuidados médicos, além de segurança em caso de doença, invalidez ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle¹².

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em 1978 em Alma-Ata, estabeleceu a saúde como uma condição de que vai muito além do mero bem-estar físico, definindo-o como:

O estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor de saúde¹³.

A Constituição Federal, promulgada em cinco de outubro de 1988, por sua vez,

11 BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 jun. 2022.

12 **Resolução 217 A-III da Assembleia Geral da ONU. Artigo 25**¹. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 04 jul. 2022.

13 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata sobre cuidados primários**. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 30 jun. 2022.

garantiu ao direito à saúde o *status* de direito fundamental¹⁴ e instituiu, no próprio texto constitucional, um sistema de saúde único, universal e igualitário, vocacionado às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação¹⁵.

No plano infraconstitucional o direito à saúde encontra previsão na Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A Lei n.º 8.080/90 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) como o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público¹⁶.

3. O FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS EM SAÚDE

Além das regras previstas no artigo 198 da Constituição Federal, a Lei Complementar n.º 141 de 13 de janeiro de 2012 (LC n.º 141/2012) se constitui como instrumento normativo de especial relevância para a regulamentação do financiamento da política pública de saúde.

A referida Lei Complementar regulamenta o artigo 198, §3º da Constituição Federal, ao dispor sobre valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Município nas ações e serviços públicos em saúde, além de estabelecer os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

Segundo a LC n.º 141/2012, são consideradas como despesas com ações e serviços públicos em saúde aquelas destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no artigo 7º da Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990, bem como àquelas diretrizes que sejam: a) destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito; b) estejam em conformidade com objetivos e metas explicitadas nos Planos de Saúde de cada ente da Federação e; c) sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicas, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população¹⁷.

Seguindo a norma prevista no artigo 198, §2º, I, da Constituição Federal, a União deverá aplicar o percentual não inferior a 15% da sua receita corrente líquida do

14 BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 jun. 2022.

15 BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 jun. 2022.

16 BRASIL. **Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 30 jun. 2022.

17 BRASIL. **Lei Complementar n.º 141 de 13 de janeiro de 2012**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 15 de jul. 2022.

respectivo exercício financeiro em ações e serviços públicos de saúde, enquanto os Estados e o Distrito Federal deverão aplicar, de acordo com a LC n.º 141/2012, o percentual mínimo de 12% da arrecadação dos impostos previstos nos artigos 156 e dos recursos referidos no artigo 158 e na alínea "b" do inciso I do "caput", bem como no §3º do artigo 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Aos Municípios e ao Distrito Federal caberá a aplicação de, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos previstos no artigo 156 e dos recursos referidos no artigo 158 e na alínea "b" do inciso I do "caput", bem como no §3º do artigo 159, todos da Constituição Federal. A previsão legal de patamares mínimos de aplicação de recursos públicos para financiamento de ações e serviços públicos em saúde representa um verdadeiro avanço no que diz respeito à efetivação do direito social à saúde, tanto é verdade que, desde a formulação basilar de 1988, o constituinte originário identificou a necessidade de repartição da seguridade social de modo a permitir um equilíbrio entre os entes federados.

Um indício da preocupação do constituinte com o financiamento da saúde pública pode ser extraído do artigo 55 das Disposições Constitucionais e Transitórias da Constituição Federal, o qual estabeleceu que o mínimo de 30% do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, será destinado ao setor de saúde.

Posteriormente, a emenda constitucional n.º 29 de 13 de setembro de 2000 promoveu alterações no artigo 198 da Constituição Federal atribuindo *status* constitucional às fontes de recursos para financiamento da saúde, dentre outras providências.

Tais registros demonstram que tanto o constituinte originário quanto as reformas posteriores tinham como objetivo garantir a sustentabilidade financeira das ações da seguridade social, por meio do justo equilíbrio entre a saúde e as demais áreas (previdência e assistência social) na divisão do orçamento¹⁸.

Estudo técnico do Ministério Público de Contas no Estado de São Paulo, no entanto, revela que a pretendida divisão equitativa jamais ocorreu. O órgão apontou até certo retrocesso após a regra implementada pela emenda constitucional n.º 20 de 15 de dezembro de 1998, sobretudo porque a referida norma vinculou à previdência social as contribuições constitucionais do art. 195, retirando tanto a saúde como a assistência de sua repartição. Com a referida alteração restou evidenciado que a seguridade social tinha fontes constitucionais específicas para a previdências social e não para as três áreas, impondo, assim, um desequilíbrio entre as fontes e financiamento da seguridade social¹⁹.

Apenas com o advento da LC 141/2012 é que se definiu de forma satisfatória, permanente e passível de revisão quinquenal o regime de gastos mínimos em ações e serviços públicos de saúde.

18 PINTO, Elida G. Subfinanciamento da saúde pública e (des) cumprimento pela União do regime de gasto mínimo fixado pela LC 141/2012. **São Paulo: Ministério Público de Contas do Estado de Saúde-2 a Procuradoria**, 2014.

19 PINTO, Elida G. Subfinanciamento da saúde pública e (des) cumprimento pela União do regime de gasto mínimo fixado pela LC 141/2012. **São Paulo: Ministério Público de Contas do Estado de Saúde-2 a Procuradoria**, 2014.

Não obstante a vigência de um ato normativo capaz de regulamentar a matéria, é evidente que o desequilíbrio entre as fontes de financiamento das ações e serviços públicos em saúde também enfrenta outros desafios como, por exemplo, o fato de que a fixação de patamares mínimos de investimento por ente federado não representa necessariamente a efetividade do acesso à saúde, sobretudo em razão das peculiaridades próprias de cada Estado e Município.

4. O UNIVERSALISMO DA DIFERENÇA

Em trabalho publicado em 2009, Marcelo Andrade Cattoni de Oliveira e Dierle José Coelho Nunes traduziram o texto "Pensar Babel – O universal, o múltiplo, a diferença", de autoria de Giacomo Marramao. O referido texto versa sobre multiculturalismo e sobre o problema do caráter reticular dos direitos, além de criticar aquilo que seria um conceitualismo excessivo que sempre incorre na possibilidade de gerar exclusão²⁰. Segundo o autor italiano, não se pode mais pensar os processos de universalização fazendo referências a um modelo-standard de modernidade e o universalismo não pode ser mais compreendido de modo uniforme.

Marramao defende o fim do "universalismo uniforme" à luz da crítica à dupla "nós-outros". Segundo o autor, a referida crítica *"nasce da exigência de considerar que, a despeito da antítese espetacular das lógicas identitárias que está na base da atual desordem global, não temos um oriente e um ocidente, mas uma insuprimível pluralidade interna a ambos os polos"*. Nesse sentido, seria o caso, segundo Marramao, de aceitar o convite de Edward Said a despedir-se do estereótipo "orientalista" e também aplicar o mesmo tratamento ao estereótipo "ocidentalista"²¹.

Os argumentos suscitados por Marramao ainda ressaltam a importância de se observar que algumas prerrogativas que tanto despertam orgulho do ocidente como o Estado de Direito, a liberdade, a igualdade e o sufrágio universal ampliado às mulheres são conquistas recentíssimas e que enquanto na Europa houve caça às bruxas, inquisição e fogueiras dos heréticos, a Índia era governada por príncipes iluminados. Aliás, não se pode olvidar que no Califado de Córdoba, na Espanha do século XII, conviveram tanto Moshed Ben Maimôn quanto Ibn Arabi, o maior filósofo hebraico e o maior filósofo islâmico medievais.

O universalismo criticado por Marramao representa um universalismo insensível às diferenças, inclusive em relação às diferenças culturais que podem e devem contribuir para o cosmopolitismo da diferença. Nesse sentido, uma ordem política verdadeiramente democrática deve garantir que todos possam participar do discurso e exige que todos os interlocutores, sujeitos de direitos, tenham seus direitos respeitados e fundados na soberania cidadã²².

20 DE MAGALHÃES BARROS, Flaviane. **A vítima de crimes e seus direitos fundamentais**: seu reconhecimento como sujeito de direito e sujeito do processo. Revista de Direitos e Garantias Fundamentais, n. 13, p. 309-334, 2013.

21 MARRAMAIO, Giacomo. **Pensar Babel. O universal, o múltiplo, a diferença**. Trad. Marcelo Andrade Cattoni de Oliveira e Dierle José Coelho Nunes. **Revista do Instituto de Hermenêutica Jurídica**, n. 7, p. 10, 2009.

22 DE MAGALHÃES BARROS, Flaviane. **A vítima de crimes e seus direitos fundamentais**: seu reconhecimento como sujeito de direito e sujeito do processo. Revista de Direitos e Garantias Fundamentais, n. 13, p. 309-334, 2013.

A fórmula proposta por Marramao e denominada de universalismo da diferença é entendida como uma saída do dilema teórico e político entre o universalismo identitário (postulado pelas concepções assimilacionistas da cidadania) e diferencialismo antiuniversalista (postulado pelas versões fortes do multiculturalismo). A premissa sustentada por Marramao é no sentido de que a pluralidade não é apenas um *infra*, mas também um *intra*: não é somente intercultural, mas também intracultural; não somente intersubjetiva, mas intrassubjetiva; não somente *entre* identidades, mas interna à constituição simbólica de cada identidade²³.

A crítica de Marramao acerca do universalismo identitário instiga uma reflexão acerca do sistema de financiamento dos serviços e ações em saúde pública no Brasil, sobretudo em razão do caráter uniforme como a legislação estabelece as respectivas formas de custeio. Não obstante todas as críticas formuladas em relação ao financiamento dos serviços e ações de saúde pública no Brasil, um ponto específico chama a atenção e se revela como verdadeiro contraponto à teoria do universalismo da diferença: o modo uniforme como são estabelecidos os patamares mínimos de aplicação de recursos em saúde pública.

5. UNIVERSALISMO DA DIFERENÇA E O FINANCIAMENTO DO DIREITO SOCIAL À SAÚDE

É perfeitamente compreensível o raciocínio do legislador no sentido de que a efetividade do direito social à saúde passa pela garantia de que União, Estados, Municípios e Distrito Federal aplicarão um patamar mínimo dos recursos da arrecadação em saúde pública, pois é plenamente razoável que alguma aplicação – ainda que mínima e uniforme – seja melhor do que nenhuma. Assim, não se nega a importância de se prever índices mínimos de aplicação de recursos em saúde pública.

Ocorre, no entanto, que além da necessidade de aplicação de recursos mínimos (universalismo) é importante que as formas de financiamento passem a prever mecanismos destinados a atender as peculiaridades dos entes federados (universalismo da diferença). Nesse aspecto, por mais que o financiamento das ações em saúde pública esteja previsto em atos normativos federais, é indispensável uma rediscussão sobre a distribuição dos recursos para que houvesse a edição de atos normativos adequados às diferentes realidades apresentadas por cada região.

O primeiro aspecto que apresenta algum descompasso no financiamento baseado em índices mínimos exsurge da inobservância do aspecto demográfico de cada ente federado.

No estudo denominado "Gastos com saúde dos Municípios de Minas Gerais: uma análise do período de 2006 a 2017", André Luiz Guimarães Amorim (2018)²⁴ analisou

23 MARRAMAIO, Giacomo. **Pensar Babel. O universal, o múltiplo, a diferença.** Trad. Marcelo Andrade Cattoni de Oliveira e Dierle José Coelho Nunes. **Revista do Instituto de Hermenêutica Jurídica**, n. 7, p. 10, 2009.

24 AMORIM, André Luiz Guimarães. **GASTOS EM SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS: Uma análise do período de 2006 a 2017.** Universidade Federal de São João Del Rei. 2018.

diversos aspectos acerca da aplicação de recursos públicos em saúde. Dentre os diversos dados carreados ao estudo, o pesquisador elaborou uma importante análise baseada no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)²⁵ que compara os valores extremos para despesa com recursos próprios com saúde pública por habitante²⁶.

A referida análise reforça o pensamento de que o estabelecimento de percentual mínimo para aplicação em saúde pública não representa necessariamente a efetividade do direito social à saúde, sobretudo em razão da discrepância entre os valores aplicados *per capita* pelos Municípios.

No período compreendido entre 2006 e 2011, por exemplo, o Município mineiro de Várzea da Palma teria aplicado em saúde pública o total de R\$ 178,75 (cento e setenta e oito reais e setenta e cinco centavos) por habitante, enquanto que, no mesmo período, o Município de Fortaleza de Minas teria aplicado *per capita* R\$ 692,45 (seiscentos e noventa e dois reais e quarenta e cinco centavos) com a mesma finalidade²⁷.

A discrepância entre os valores resta ainda mais acentuada quando observada a densidade populacional de cada um dos Municípios supramencionados. Em 2010, Várzea da Palma contava com uma população total de 36.310 habitantes, enquanto o Município de Fortaleza de Minas, no mesmo ano, somava apenas 3.992 habitantes²⁸.

A disparidade na densidade populacional supramencionada demonstra que a fixação de percentual mínimo para investimento em saúde pública, embora importante, não garante a efetividade do direito social à saúde, mormente porque não é possível que o percentual mínimo aplicado a entes federados distintos alcance igualmente diferentes contingentes populacionais.

Vale observar que apesar da aplicação, em tese, dos percentuais mínimos em estrita observância aos dispositivos legais, o investimento *per capita* do Município de Fortaleza de Minas é consideravelmente superior ao quanto aplicado pelo Município de Várzea da Palma e a densidade populacional é claramente determinante nesse aspecto, já que a população da primeira corresponde a menos do que 10% da segunda.

Em valores totais, no entanto, o investimento em saúde pública dos indigitados Municípios é inversamente proporcional, uma vez que Várzea da Palma teria investido R\$6.490.412,50 (seis milhões, quatrocentos e noventa mil, quatrocentos e doze reais e cinquenta centavos), enquanto Fortaleza de Minas o total R\$2.764.260,40 (dois milhões, setecentos e sessenta e quatro mil, duzentos e sessenta reais e quarenta centavos)²⁹.

25 BRASIL. **Ministério da Saúde**. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops>. Acesso: em 17 jul. 2022.

26 AMORIM, André Luiz Guimarães. **GASTOS EM SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS**: Uma análise do período de 2006 a 2017. Universidade Federal de São João Del Rei. 2018.

27 AMORIM, André Luiz Guimarães. **GASTOS EM SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS**: Uma análise do período de 2006 a 2017. Universidade Federal de São João Del Rei. 2018.

28 AMORIM, André Luiz Guimarães. **GASTOS EM SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS**: Uma análise do período de 2006 a 2017. Universidade Federal de São João Del Rei. 2018.

29 Os valores mencionados se referem ao produto da multiplicação entre o valor investido *per capita* e a população informada.

Outro aspecto que pode influir consideravelmente para a inefetividade da aplicação uniforme de recursos em saúde pública é a capacidade financeira de cada ente.

A Lei Complementar n.º 141 de 13 de janeiro de 2012 dispõe que os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 156, 158, a alínea "b" do inciso I do caput e o §3º do artigo 159, todos da Constituição Federal.

O artigo 156 da Constituição Federal, a título de exemplo, versa sobre o imposto sobre a propriedade predial e territorial urbana (IPTU), sobre a transmissão "*inter vivos*", a qualquer título, por ato oneroso, de bens imóveis, por natureza ou acessão física, e de direitos reais sobre imóveis (ITBI) e sobre o imposto sobre serviços de qualquer natureza (ISSQN).

Sobre o potencial de arrecadação, resta patente que a depender de uma série de circunstâncias certos entes federados podem angariar mais recursos do que outros, sobretudo em razão da execução de determinadas atividades econômicas em seus territórios.

Um determinado Município, privilegiado pela exploração de certa atividade econômica no seu território que lhe rende uma arrecadação de ISSQN acima da média prevista para outros Municípios que não dispõem do mesmo privilégio, certamente terá o seu percentual mínimo de aplicação em saúde pública consideravelmente superior. A discrepância será ainda maior se a densidade da população do Município privilegiado pela indigitada atividade econômica não for considerável. Sem deixar de mencionar todos os "benefícios" indiretos que a geração de emprego e renda de uma atividade econômica pode agregar para a população.

Além do recolhimento direto dos tributos influenciando no percentual mínimo de aplicação em saúde pública, ainda existe a possibilidade de significativo acesso da população a serviços privados como hospitais e planos de saúde. O acesso da maioria da população à cobertura privada de saúde pode, sem dúvida alguma, esvaziar o escopo da aplicação mínima de recursos e torná-la um verdadeiro desperdício, uma vez que as dízimas poderiam ser revertidas para a implementação de outras políticas públicas.

A verdade é que, ao menos empiricamente, a realidade dos serviços públicos em saúde no Brasil demonstra que a cobertura majoritária por serviços privados seria uma grande exceção, mas algo que, no plano hipotético, reforçaria a necessidade de se aperfeiçoar o modelo de aplicação de recursos em saúde pública.

Mesmo tratando acerca daquela que parece ser a realidade do povo brasileiro, ou seja, do subfinanciamento dos serviços em saúde pública não há se falar minimamente em efetividade. Em muitos Municípios a aplicação mínima de recursos

para custeio da saúde pública não necessariamente indica que a população seja de fato atendida. A exigência do percentual mínimo, na verdade, pode importar na imaginação dos gestores um limite fictício para a real aplicação de recursos.

O nefasto pensamento "aplica-se o mínimo e não haverá punição" pode distanciar o gestor do seu real escopo de tornar o serviço de saúde efetivo. Em outras palavras, aplicar o mínimo constitucional de 15% para custeio das ações e serviços em saúde pública pode jamais atender à efetiva necessidade do povo se esta necessidade for de que os recursos sejam aplicados em patamares infinitamente superiores.

No frigidar dos ovos, malgrado o impositivo legal, não restam dúvidas de que o financiamento das ações e serviços públicos em saúde no Brasil ainda dependem de vontade e, quiçá, da boa vontade dos gestores, o que certamente prejudica o aspecto da efetividade, sobretudo quando o interesse político suplanta o interesse coletivo.

A atuação – ou omissão – meramente política tende a vulnerar ainda mais o sistema de financiamento não só de saúde pública, mas das demais políticas públicas tão necessárias ao Estado brasileiro. Em uma República onde se cogita a viabilidade de um orçamento secreto e paralelo elaborado com o fim de privilegiar aqueles que, de algum modo, se alinham aos propósitos políticos e pessoais daqueles que exercem o poder, não se pode esperar que as políticas sociais sejam igualitárias ou atendam efetivamente àqueles que realmente precisam.

A prevalência do interesse político e o custeio da política pública fundado tão somente na observância de índices mínimos de investimento promove distorções também em relação ao serviço de educação. O recente reajuste de 33,24%³⁰ aplicado à remuneração dos profissionais da educação demonstra o quanto o tratamento universal das demandas não representa necessariamente a efetivação dos direitos sociais.

Antes de mais nada, cumpre esclarecer que não há aqui o mínimo interesse em se criticar os profissionais da educação e a menção a tais profissionais decorre unicamente da necessidade de se sustentar o argumento defendido no presente trabalho.

O reajuste de 33,24% concedido pelo poder executivo federal ao piso remuneratório dos profissionais da educação reflete sobre a parcela de agentes públicos que exercem alguma atividade de apoio técnico, administrativo ou operacional nas redes de ensino da educação básica e são remunerados com recursos referentes a 70% do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB).

Para os Municípios que não conseguiram cumprir o percentual de investimento correspondente a 70% na sua integralidade, o reajuste de 33,24% não ultrapassará a totalidade dos recursos do FUNDEB. Entretanto, para os Municípios adeptos de políticas de valorização anteriores e que utilizavam, por exemplo, 90% dos recursos

30 BRASIL. **Ministério da Educação**. Portaria n.º 67 de 04 de fevereiro de 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-67-de-4-de-fevereiro-de-2022-378378895>. Acesso em 17 jul. 2022.

do FUNDEB para remuneração dos seus profissionais da educação terão que conviver, após o reajuste, com a realidade de um repasse de FUNDEB deficitário, dificuldades de pagamento e, possivelmente, de implementação de novas medidas de valorização dos servidores.

O caso do reajuste do piso remuneratório dos profissionais da educação no ano de 2022 reafirma a premissa de que medidas universalizadas nem sempre são adequadas à efetivação de direitos sociais e podem ocasionar distorções extremamente prejudiciais à gestão dos recursos públicos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito à saúde tem tratamento específico em seção própria da Constituição Federal, além de estar consagrado em instrumentos internacionais como Direito Humano. Não obstante a condição privilegiada no ordenamento jurídico, o direito à saúde ainda se consagra como direito social e fundamental previsto no artigo 6º da Constituição Federal.

Assim como tantos outros direitos sociais, o direito à saúde é interpretado, por vezes, como norma de conteúdo programático, contrariando assim a aplicabilidade imediata atribuída a tais direitos pelo artigo 5º, §1º da Constituição Federal.

O financiamento das ações e serviços públicos em saúde no Brasil encontra amparo jurídico tanto na Constituição Federal, com suas alterações posteriores, bem como na Lei Complementar n.º 141 de 13 de janeiro de 2012.

A forma de financiamento adotada no Brasil optou pelo estabelecimento de patamares mínimos que devem ser aplicados pelos entes federados a cada exercício financeiro.

Segundo a norma constitucional, a União deverá aplicar o percentual não inferior a 15% da sua receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro em ações e serviços públicos de saúde, enquanto os Estados e o Distrito Federal deverão aplicar, de acordo com a LC n.º 141/2012, o percentual mínimo de 12% da arrecadação dos impostos previstos nos artigos 156 e dos recursos referidos no artigo 158 e na alínea "b" do inciso I do "caput", bem como no §3º do artigo 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Os Municípios e o Distrito Federal deverão aplicar, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos previstos no artigo 156 e dos recursos referidos no artigo 158 e na alínea "b" do inciso I do "caput", bem como no §3º do artigo 159, todos da Constituição Federal.

As deficiências do serviço público de saúde amplamente divulgadas nos mais diversos meios de comunicação demonstram certa fragilidade e insuficiência do sistema de financiamento adotado no Brasil.

Tendo em vista, portanto, a teoria de Giacomo Marramao sobre o universalismo da diferença, o presente estudo propõe que além dos percentuais mínimos previstos legalmente o financiamento das ações e serviços públicos em saúde passe a levar em consideração as peculiaridades de cada região.

As peculiaridades apontadas no estudo levam em consideração a densidade demográfica do ente federado e a sua capacidade de arrecadação tributária, sobretudo porque o desenvolvimento de certas atividades econômicas pode afetar consideravelmente o potencial arrecadatório do ente federado e proporcionar um investimento em saúde *per capita* muito superior ao de outros.

A adoção do sistema de financiamento a partir unicamente da fixação de percentuais mínimos condiciona o investimento em saúde pública à vontade política, o que pode acarretar distorções, já que o acesso aos serviços de saúde nem sempre estará à disposição de forma adequada a todos.

Nesse sentido, o sistema de financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Brasil demanda uma reflexão sobre o método adotado a partir da teoria do universalismo da diferença, a fim de que se possam discutir medidas de efetivação do direito social à saúde a partir das características próprias de cada ente federado.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, André Luiz Guimarães. **GASTOS EM SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS: Uma análise do período de 2006 a 2017**. Universidade Federal de São João Del Rei. 2018.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 jun. 2022.
- BRASIL. **Lei Complementar n.º 141 de 13 de janeiro de 2012**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 15 de jul. 2022.
- BRASIL. **Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 30 jun. 2022.
- BRASIL. **Ministério da Educação**. Portaria n.º 67 de 04 de fevereiro de 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-67-de-4-de-fevereiro-de-2022-378378895>. Acesso em 17 jul. 2022.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops>. Acesso: em 17 jul. 2022.
- DE CARVALHO, Mariana Siqueira. **A saúde como direito social fundamental na Constituição Federal de 1988**. Revista de direito Sanitário, v. 4, n. 2, p. 15-31, 2003.
- DE MAGALHÃES BARROS, Flaviane. **A vítima de crimes e seus direitos fundamentais: seu reconhecimento como sujeito de direito e sujeito do processo**. Revista de Direitos e Garantias Fundamentais, n. 13, p. 309-334, 2013.
- DIÁRIO DO GRANDE ABC. **Idosa sofre há 05 anos com artrose a espera de cirurgia**. Disponível em: <https://www.dgabc.com.br/Noticia/3872016/idosa-sofre-ha-5-anos-com-artrose-a-espera-de-cirurgia>. Acesso em 17 jun. 2022.
- MARRAMAIO, Giacomo. **Pensar Babel. O universal, o múltiplo, a diferença**. Trad. Marcelo Andrade Cattoni de Oliveira e Dierle José Coelho Nunes. **Revista do Instituto de Hermenêutica Jurídica**, n. 7, p. 10, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata sobre cuidados primários**. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 30 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Resolução 217 A-III da Assembleia Geral da ONU. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 04 jul. 2022.

PINTO, Elida G. Subfinanciamento da saúde pública e (des) cumprimento pela União do regime de gasto mínimo fixado pela LC 141/2012. **São Paulo: Ministério Público de Contas do Estado de Saúde-2 a Procuradoria**, 2014.

PORTALG1. **Paciente morre na fila da saúde do rio por demora em fazer um exame**. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2019/06/04/paciente-morre-na-fila-da-saude-do-rio-por-demora-em-fazer-um-exame.ghtml>. Acesso em 17 jun. 2022.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. São Paulo: Malheiros, 2016.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; PIOLA, Sérgio Francisco; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. **Controvérsias sobre o Novo Regime Fiscal e a apuração do gasto mínimo constitucional com saúde**. IPEA. Políticas Públicas: acompanhamento e análise, n. 25, 2018.

artigos
científicos