



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira

Nota Técnica nº 28/2024

**O Direito à Saúde, o Sistema
Único de Saúde (SUS) e as Ações e
Serviços Públicos de Saúde (ASPS)
Computáveis no Piso Constitucional**

Saúde, Trabalho, Previdência, Assistência Social e Família
Mário Luis Gurgel de Souza - Coordenador de Núcleo

Brasília, Junho/2024

© 2024 Câmara dos Deputados. Todos os direitos reservados. Este trabalho poderá ser reproduzido ou transmitido na íntegra, desde que citados os autores e a Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados. São vedadas a venda, a reprodução parcial e a tradução, sem autorização prévia por escrito da Câmara dos Deputados. Este trabalho é de inteira responsabilidade de seus autores, não representando necessariamente a opinião da Câmara dos Deputados ou de suas comissões



SUMÁRIO

I. FINALIDADE DA NOTA TÉCNICA	3
II. SAÚDE	3
III. SAÚDE E SISTEMA ÚNICO NA CONSTITUIÇÃO	3
III.1 O Sistema Único de Saúde Integra o “ <i>Sistema da Seguridade Social</i> ”	4
IV. MARCO LEGAL DO SUS - LEI 8.080/1990 (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE-LSUS)	4
V. FINANCIAMENTO DA SAÚDE	6
V.2 Breve Histórico	6
V.3 Financiamento do SUS com Recursos do Piso Constitucional	7
V.4 Exigências para que Despesas sejam Passíveis de Cômputo como ASPS	8
V.5 Despesas com Saúde, Inclusive Vinculadas ao SUS, NÃO FINANCIADAS com Recursos do Piso da Saúde (ASPS).....	9
V.5.1 <i>Despesas Relacionadas a Determinantes Sociais e Econômicos</i>	10
V.5.2 <i>Despesas que NÃO Atendam ao Princípio do Acesso Universal (art. 4º, III, da LC)</i>	11
V.5.3 <i>Despesas sob Responsabilidade Específica de Outro Setor (art. 2º, III, da LC) - Hospitais Universitários do MEC</i>	11
V.5.4 <i>Despesas sob Responsabilidade Específica de Outra Área ou Setor, como Segurança Pública ou Defesa Civil (Forças Armadas, Polícias, Corpo de Bombeiros)</i>	12
VI. CONCLUSÃO	13

I. FINALIDADE DA NOTA TÉCNICA

A presente nota técnica tem por objetivo analisar, no âmbito do ordenamento jurídico brasileiro, o alcance dos conceitos de *Saúde, Sistema Único de Saúde (SUS) e Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)*. A compreensão de cada uma das expressões é essencial para a adequada interpretação dos parâmetros legais e administrativos utilizados na definição do núcleo de atividades financiáveis pelo piso constitucional de aplicação no setor.

II. SAÚDE

O conceito de saúde é definido na Constituição Federal de forma bastante ampla. A saúde é considerada direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A Constituição estabeleceu, de forma relevante, uma seção exclusiva sobre saúde que, nos termos do art. 196 da CF, passa a ser “*direito de todos*”, sem qualquer discriminação em relação às ações a serem prestadas em todos os níveis; e “*dever do Estado*” prover o pleno gozo desse direito. Portanto, a partir da Constituição, a condição para ter direito de acesso aos serviços e ações de saúde é simplesmente precisar deles.

Além disso, a Carta Política especificou que o direito seria “*garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visassem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*”. Dessa forma, incorporou conceito abrangente que engloba a oportunidade de acesso a serviços que de alguma forma contribuam com a promoção de uma vida saudável.

Implica dizer que saúde, em termos legais, envolve ações e serviços a cargo de diversos órgãos públicos – e não apenas aquilo que já é prestado no âmbito do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde -, e só pode ser garantida por meio de uma política governamental integrada.

III. SAÚDE E SISTEMA ÚNICO NA CONSTITUIÇÃO

Em seu art. 198, a Constituição instituiu o Sistema Único de Saúde - SUS, de caráter público, constituído por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo.

Compete ao SUS prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada de ações assistenciais e de atividades preventivas, aí incluídas as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral,



inclusive farmacêutica, sendo tais competências fixadas também em norma constitucional (art. 200).

Cabe destacar que a noção de sistema deve ser compreendida não como um novo serviço, mas sim como um conjunto de unidades, de serviços e ações das três esferas que interagem para um fim comum. Tal sistema deve ainda ser único, no sentido de se subordinar a uma mesma doutrina e uma mesma forma de organização em todo o país¹.

A estrutura do SUS é regida pelos princípios constitucionais da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da comunidade, sendo organizado em esferas federal, estadual e municipal.

III.1 O Sistema Único de Saúde Integra o “*Sistema da Seguridade Social*”

O Sistema Único de Saúde faz parte das ações definidas na Constituição como de “*relevância pública*”. As competências decorrentes dessa relevância pública envolvem o exercício de um poder regulador, de arbitragem e de intervenção executiva por parte das esferas do Poder Público e, por consequência, de suas agências de prestação de serviços. Por isso, é atribuído ao Estado a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde, independente da execução direta.

Tal sistema faz parte de um sistema mais amplo, o Sistema da Seguridade Social. Conforme prevê o art. 194 da Constituição, a Seguridade Social “*compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social*”.

IV. MARCO LEGAL DO SUS - LEI 8.080/1990 (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE-LSUS)

A criação do SUS, prevista na Constituição Federal, foi implementada por meio da Lei nº 8.080, de 1990 (Lei Orgânica da Saúde-LSUS)² e da Lei nº 8.142, de 1990 (Regula as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde)³. Estas leis definem as atribuições dos diferentes níveis de governo com a saúde; estabelecem responsabilidades nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador; regulamentam o financiamento e os espaços de participação popular; formalizam o entendimento da saúde como área de “*relevância pública*” e a relação do poder público com as entidades privadas com base nas normas do direito público; dentre outros vários princípios fundamentais do SUS.

Também foram editadas diversas normas e portarias pelo Ministério da Saúde, como instrumentos de regulamentação do sistema. Tais normas definem a forma de

¹ O que é definido como único na Constituição é um conjunto de elementos doutrinários e de organização do sistema de saúde, os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular. Estes elementos se relacionam com as peculiaridades e determinações locais, através de formas previstas de aproximação da gerência aos cidadãos, seja com a descentralização político-administrativa, seja através do controle social do sistema

² Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

³ 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.



transferência de recursos entre governos e as modalidades de pagamento dos serviços de saúde, além de instruírem o processo de descentralização e de construção de uma rede de serviços capaz de operar com racionalidade sistêmica.

Portanto, o SUS conforma modelo público de prestação de serviços e ações de saúde em âmbito nacional, incorporando instrumentos próprios gerenciais, técnicos e de democratização da gestão. O modelo envolve inúmeras variáveis e só se concretiza por meio do estabelecimento de relações interinstitucionais de governo.

A descentralização, associada à diretriz da gestão única, resulta em três arranjos formais para o sistema de saúde: municipais, estaduais e o nacional. No entanto, a integralidade e a hierarquização induzem à formação de outros subsistemas, como consequência da negociação intergestores. Como se percebe, o SUS é fruto de acordos políticos e do desenvolvimento de instrumentos técnico-operacionais necessários à integração do Sistema.

Em linhas gerais, essa distribuição intergovernamental de funções delegou à União o financiamento e a formulação da política nacional de saúde, além da coordenação das ações intergovernamentais. Tal situação é evidenciada no art. 16⁴ da Lei nº 8.080 de 1990.

⁴ **Art. 16 da Lei nº 8.080 de 1990:** “art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente; b) de saneamento básico; e c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade; b) de rede de laboratórios de saúde pública; c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

XX - definir as diretrizes e as normas para a estruturação física e organizacional dos serviços de saúde bucal.

§ 1º A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Em seu art. 31, a Lei nº 8.080, de 1990, estabelece que 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.

V. FINANCIAMENTO DA SAÚDE

V.2 Breve Histórico

Nos termos do mandamento constitucional, *“as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único e organizado que 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, caput e §1º da CF)⁵. Ou seja, o financiamento é corresponsabilidade das três esferas de governo e será financiado com recursos do orçamento da seguridade social e de outras fontes.

No que tange à União, a primeira referência do quanto deveria ser empregado para o financiamento do SUS foi feita no art. 55 do ADCT, que previra – enquanto não aprovada a lei de diretrizes orçamentárias – trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego.⁶

Em relação a Estados e Municípios, somente com a edição da Emenda Constitucional nº 29, de 2000 (EC nº 29/2000) foram estabelecidas regras quanto à participação desses entes no financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

O fato é que o novo modelo de saúde insculpido na Constituição de 1988 – calcado nos princípios da universalidade e integralidade do atendimento – gerou demandas que acarretaram maior pressão sobre os gastos do setor, sem que houvesse à época garantia de recursos em volume adequado e suficiente ao provimento das novas necessidades.

A situação ficou especialmente dramática a partir de 1993, quando as contribuições previdenciárias⁷ deixaram de ser repassadas à saúde, em virtude dos desequilíbrios que já se afiguravam nas contas da previdência social.

Para compensar a falta de recursos, que acarretava instabilidade no financiamento das políticas de saúde públicas, foram adotadas medidas emergenciais,

§ 2º Em situações epidemiológicas que caracterizem emergência em saúde pública, poderá ser adotado procedimento simplificado para a remessa de patrimônio genético ao exterior, na forma do regulamento.

§ 3º Os benefícios resultantes da exploração econômica de produto acabado ou material reprodutivo oriundo de acesso ao patrimônio genético de que trata o § 2º deste artigo serão repartidos nos termos da Lei nº 13.123, de 20 de maio de 2015.

⁵ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.”

⁶ Art. 55. Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde.

⁷ Contribuição dos Empregadores e dos Trabalhadores para a Seguridade Social (fonte 154).



tais como empréstimos junto ao Fundo do Amparo ao Trabalhador - FAT, obtidos no início e meados dos anos 90, e a criação da CPMF, que vigorou de 1997 a 2007.

Ao lado das medidas emergenciais para socorrer a Saúde, surgiram propostas de soluções mais duradouras,⁸ que culminaram com a aprovação da EC nº 29/2000, pela qual se estabeleceu a participação mínima de cada ente federado no financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

V.3 Financiamento do SUS com Recursos do Piso Constitucional

Como se pode observar, a Carta Política estabeleceu obrigações e definiu áreas de atuação do SUS. Em seguida, a LSUS estabeleceu competências e atribuições para funcionamento do sistema de saúde, pela Lei nº 8.080/90. Porém, só com a EC nº 29, de 2000, a Constituição estabeleceu a participação mínima de cada ente federado no financiamento das ações e serviços públicos de saúde,

Não obstante serem os dispositivos da EC nº 29, de 2000, autoaplicáveis, desde logo ficou evidenciada a necessidade de haver esclarecimento conceitual sobre quais despesas dentro SUS seriam financiadas com tais recursos. Vale dizer, ainda era imprescindível determinar o núcleo de despesas do SUS a ser financiado com os recursos do mínimo constitucional, o que veio a ser efetivado com a Complementar nº 141 de 2012.

A Lei Complementar nº 141 de 2012 (LC nº141/2012) estabeleceu regras para aplicação dos recursos mínimos de aplicação em saúde, definindo as despesas que poderiam ser consideradas como ações e serviços públicos de saúde (ASPS), em conformidade com o art. 200 da Constituição e com as disposições da LSUS.

Segundo o art. 2º da LC, a apuração dos aplicação dos recursos mínimos considerará *”como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes ...”*, e reforça a determinação no art. 3º da LC ao determinar que sejam observadas as disposições do *”art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos”*. Portanto, o alcance de *”ações e serviços públicos de saúde-ASPS”* para fins da LC nº141/2012 deve considerar necessariamente o disposto no art. 200 da Constituição e na LSUS, além de observar as restrições impostas pela própria norma complementar.

Atualmente parcela significativa do SUS é financiada pelos recursos previstos no §3º do art. 198 da Constituição Federal.

⁸ Dentre essas propostas, destacam-se as PECs nºs 169/93 e 82/95, que propunham a vinculação de recursos da Seguridade Social ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde. O substitutivo desta última, com algumas modificações, deu origem à EC nº 29/2000.

V.4 Exigências para que Despesas sejam Passíveis de Cômputo como ASPS

De acordo com a Constituição e com Lei Complementar nº 141/2012, ações e serviços públicos de saúde (ASPS) são aquelas iniciativas voltadas exclusivamente à promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma direta ou indireta.

Dessa forma, segundo as disposições constitucionais e legais vigentes, o fato de determinada despesa integrar as atribuições do SUS (art. 200 da CF e Lei nº 8.080/1990) NÃO GARANTE, por si só, que possa ser contabilizada no rol das ações e serviços públicos de saúde-ASPS, para fins de aplicação da EC nº 29/2000.

A Lei Orgânica da Saúde - LSUS prevê que as ações e os serviços de saúde que integram o SUS sejam desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedeçam aos princípios de integralidade de assistência e de universalidade de acesso (art. 7º LSUS). Todavia, integrar o SUS não garante a proteção do piso constitucional, assim como não implica que todas as despesas do Ministério da Saúde em benefício dessas unidades possam ser consideradas para fins aferição do piso constitucional.

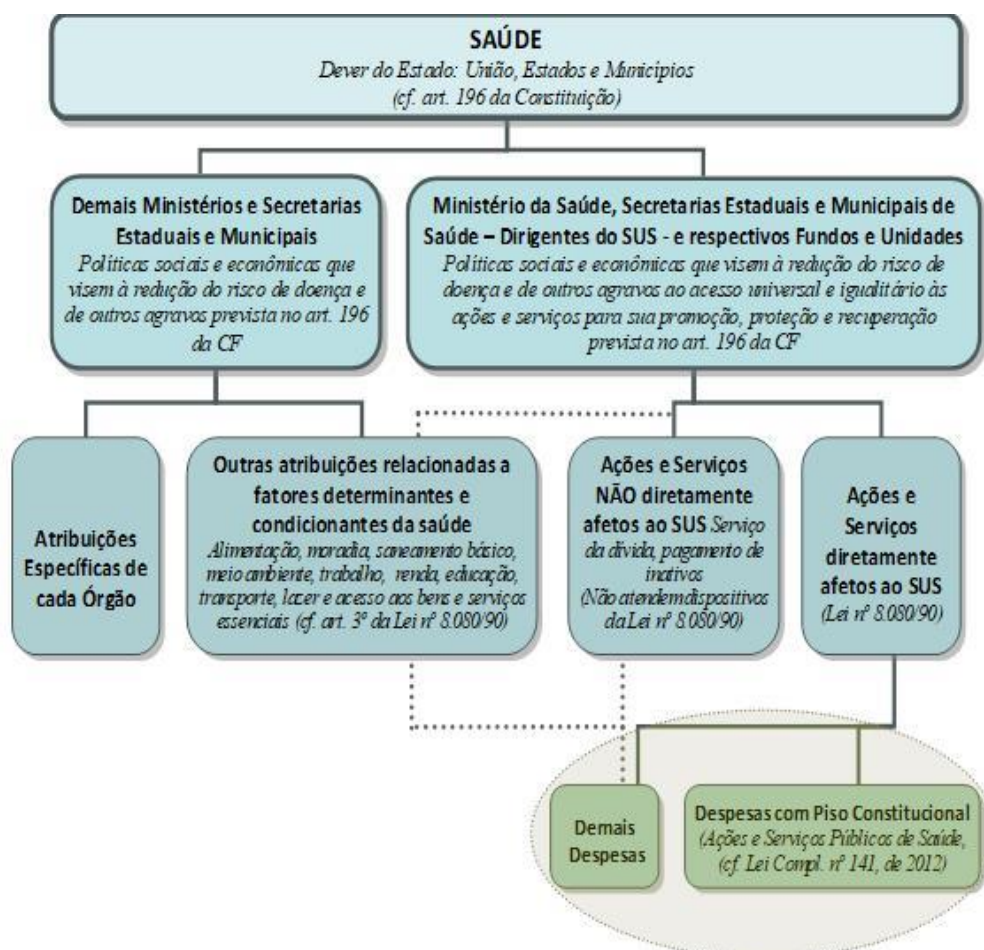
Dito de outra forma, estrutura, organização e competências do SUS previstas na Lei nº 8.080, de 1990, não sofrem alteração pelo advento da LC nº 141, de 2012. Enquanto aquela dispõe “*sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes*”; esta regula aspectos financeiros e orçamentários do Setor e define as “*ações e serviços públicos de saúde*” passíveis de cômputo na apuração do mínimo constitucional. Assim, o fato de determinada atividade se enquadrar nas atribuições previstas Lei nº 8.080, de 1990, é condição necessária mas não é suficiente para que eventual despesa dela decorrente seja considerada como ASPS.

Em síntese, o dever do Estado com saúde é alcançado a partir da atuação de diversos órgãos, enquanto as despesas com ASPS se circunscrevem a determinados gastos dentro do SUS (Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde e respectivos fundos).

Portanto, o direito do cidadão à saúde gera o dever do estado em garanti-la de duas maneiras distintas:

- 1) extra setorial: políticas econômicas e sociais para diminuição do risco de doenças e agravos;
- 2) setorial: garantia de ações e serviços de saúde para promoção, proteção e recuperação da saúde – o SUS

Como exemplificado na ilustração a seguir:



Dessa forma, a Saúde prevista no art. 198 da Constituição abrange atividades que extrapolam as do sistema de saúde – *que são voltadas para promoção, proteção e recuperação da saúde* -, cujo financiamento deve ser garantido pelos recursos da seguridade social, conforme definido no artigo 195. Especificamente para atendimento de um núcleo de despesas que se enquadram em determinadas atribuições da LSUS, a LC nº 141/2012 delineou a expressão “ações e serviços públicos de saúde-ASPS”

V.5 Despesas com Saúde, Inclusive Vinculadas ao SUS, NÃO FINANCIADAS com Recursos do Piso da Saúde (ASPS)

Cabe mencionar que o alcance das despesas a cargo do Ministério da Saúde forma objeto de discussão por ocasião da elaboração do orçamento de 2013. Na ocasião, a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados formalizou

consulta ao Tribunal de Contas da União que, em 2017 veio confirmar o entendimento adotado por meio do Acórdão TCU 31/2017 - Plenário, Processo 046.061/2012-6, Data Sessão: 18/01/2017.

V.5.1 ***DESPESAS RELACIONADAS A DETERMINANTES SOCIAIS E ECONÔMICOS***

Como já mencionado, a Constituição define saúde de forma ampla. Por sua vez, o legislador ordinário, ao regular o funcionamento do Sistema Único de Saúde, fixou alguns fatores considerados como determinantes e condicionantes para a avaliação da saúde, entre eles “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (art. 3º da Lei nº 8.080, de 1990). Dessa forma, a norma reconhece a influência sobre a saúde de aspectos específicos não relacionados à recuperação de indivíduos doentes.

É notório que tais aspectos, que não são exaustivos na norma, dizem respeito à própria qualidade de vida da população, sendo a promoção de responsabilidade de todo o Estado, e não apenas do Ministério da Saúde. Vale dizer, os fatores mencionados no art. 3º da Lei nº 8.080, de 1990, exercem influência sobre a saúde, uma vez que tendem a reduzir a exposição da população a riscos; todavia, são de responsabilidade de diversas áreas de atuação governamental que, em conjunto, têm aptidão para modificar as desigualdades sociais, remodelar estilos de vida e reduzir agressões ao meio ambiente.

Nesse sentido, a melhoria de aspectos relacionados “à alimentação, ao trabalho e à renda” são atribuições que podem ser vinculadas a políticas afetas ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, ao Ministério do Trabalho e Emprego, e até ao Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar; assim como “a moradia, o saneamento básico e o transporte” podem ter a responsabilidade imputada ao Ministério das Cidades; o “meio ambiente” ao Ministério do Meio Ambiente e o “lazer e a educação” aos Ministérios da Cultura e Esporte, e da Educação. Tais fatores, embora sejam “determinantes e condicionantes de saúde” em seu sentido mais amplo, jamais devem ser considerados providências específicas de política de saúde pública.

Justamente com base na distinção entre “despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuem sobre determinantes sociais e econômicas, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde” e “ações e serviços públicos de saúde”, a Procuradoria da República no Distrito Federal emitiu a Recomendação nº 001/2009-PP-PRDF (Ref. Representação nº 1.34.001.004554/2004-74), com o seguinte teor:

*“8 – Esclareça-se que somente podem ser qualificadas como ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, aquelas que sejam de acesso universal e igualitário por toda a população beneficiária, que estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo e **sejam de responsabilidade específica do setor saúde**. Em hipótese alguma se confundem com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuem sobre determinantes sociais e econômicas, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde. Há que se estabelecer um divisor de águas, pois, do contrário, permitir-se-á*

ao Governo embutir gastos que, mesmo de forma indireta e reflexa, interfiram na qualidade de saúde dos cidadãos. Assim, devem ser excluídos do cômputo os gastos com fatores determinantes e condicionantes, sob pena de tornar absolutamente inócua a aplicação mínima de recursos estabelecida constitucionalmente. Como exemplo, podemos citar a alimentação que é fator determinante e condicionante da saúde, mas não atividade típica.” (grifo nosso).

Reforça esse entendimento o fato de a LC nº 141, de 2012, haver expressamente afastado do cômputo do piso as despesas que “não estivessem sob a responsabilidade específica do setor da saúde” (art. 2º, III), as “relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população” (art. 2º, III), embora eventualmente algumas despesas possam ser consideradas como de responsabilidade do SUS, nos termos do art. 200 da Constituição, da Lei nº 8.080, de 1990, e da legislação vigente.

V.5.2 DESPESAS QUE NÃO ATENDAM AO PRINCÍPIO DO ACESSO UNIVERSAL (ART. 4º, III, DA LC)

O princípio de garantia ao acesso universal (universalidade) diz respeito ao público alcançado pelo atendimento em saúde, competindo ao SUS prestar assistência à saúde a toda a população. Na prática, o dispositivo reforça a diretriz já prevista no art. 2º, I, da LC, afastando despesas com hospitais corporativos ou destinados a agentes públicos.

V.5.3 DESPESAS SOB RESPONSABILIDADE ESPECÍFICA DE OUTRO SETOR (ART. 2º, III, DA LC) - HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DO MEC

A LC nº 141, de 2012, afastou a possibilidade de cômputo no piso de despesas que não se encontrassem sob a responsabilidade específica do setor da saúde (cf. art. 2º, III, da LC nº 141, de 2012). Dessa forma, os Hospitais Universitários Federais, apesar de unidades de saúde, não podem ser financiados com recursos ASPS.

Como já mencionado, é necessário que determinada despesa seja afeta ao SUS e atenda as disposições legais e constitucionais, mas não é suficiente. Deve ainda atender as disposições da LC nº 141, de 2012. Portanto, grande parte das atividades desenvolvidas nessas unidades pode – e deve – ser considerada como de saúde – nos termos previstos na Carta Política; porém, segundo o disposto na EC nº 29, de 2000, e, principalmente, na LC nº 141, de 2012, não é esse conceito amplo utilizado para fins de apuração do piso constitucional do setor.

A LC nº 141, de 2012, expressamente determinou o afastamento do cômputo do piso dos gastos que “não estivessem sob a responsabilidade específica do setor da saúde” (art. 2º, III), bem como as “relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população” (art. 2º, III). Note-se que tal orientação visa tão somente delimitar o uso dos recursos mínimos de aplicação (ASPS), sem vedar a utilização de outras fontes e recursos.

Tratando-se de unidade com dimensões de ensino, pesquisa e extensão (como prevê a legislação) e, principalmente, vinculada a outra pasta (Ministério da Educação), as despesas não se sujeitariam ao cômputo no mínimo constitucional da União. Vale frisar: a despesa é de saúde (bem como de educação), só não seria utilizada para fins de



apuração do piso por não ser de responsabilidade específica do Ministério da Saúde, e sim do Ministério da Educação.

Ainda em relação a esse tópico, é importante mencionar que, por força do art. 167, VI, da Constituição, “*é vedada a transposição, o remanejamento ou a transferência de recursos de um órgão para outro, sem prévia autorização legislativa.*” Justamente por isso, as LDOs federais preveem que “*todo e qualquer crédito orçamentário deve ser consignado diretamente à unidade orçamentária à qual pertencem as ações correspondentes, vedando-se a consignação de crédito a título de transferência a outras unidades orçamentárias integrantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social.*”

Entretanto, os hospitais universitários são unidades orçamentárias (UOs) específicas do MEC. Dessa forma, não haveria como programar a alocação de recursos em unidade do Ministério da Saúde destinada a financiar unidades de Ministério da Educação.

V.5.4 DESPESAS SOB RESPONSABILIDADE ESPECÍFICA DE OUTRA ÁREA OU SETOR, COMO SEGURANÇA PÚBLICA OU DEFESA CIVIL (FORÇAS ARMADAS, POLÍCIAS, CORPO DE BOMBEIROS)

Como tratado anteriormente, segundo as disposições constitucionais e legais vigentes, o fato de determinada despesa apresentar relação com atividades de saúde NÃO GARANTE, por si só, que possa ser contabilizada para fins de aplicação da EC nº 29/2000. Nesse sentido, eventual semelhança em atendimentos emergenciais prestados por outros setores e órgãos, bem como a conexão emocional com a comunidade a que servem, não permite o cômputo das referidas despesas como ASPS. É necessário respeitar as definições constitucionais e legais que regem a aplicação dos recursos públicos, em especial os com destinação vinculada pela Carta Política.

Situação em que se enquadram, por exemplo, atividades do Corpo de Bombeiros. Conforme previsto na Constituição (art. 144), o órgão tem como finalidade primordial a proteção e socorro da população em casos de incêndios, desastres naturais, acidentes e outras emergências, contribuindo para a preservação da vida e do patrimônio.

São corporações cuja missão consiste na execução de atividades de Defesa Civil, Prevenção e Combate a Incêndios, Buscas, Salvamentos e Socorros Públicos no âmbito de suas respectivas Unidades Federativas. De acordo com o § 6º, IV, do art. 144 da Constituição, as polícias militares e os corpos de bombeiros militares, os quais constituem as forças auxiliares, são subordinados aos governos dos Estados e do Distrito Federal.

Segundo o art. 2º, §3º, da Lei nº 14.751, de 2023, elas integram o Sistema Único de Segurança Pública (Susp), o Sistema da Defesa Nacional, o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (Sinpdec) e o Sistema Nacional do Meio Ambiente (Sisnama) e são vinculadas ao sistema de governança da política de **segurança pública** dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios.

Portanto, a alocação de recursos é realizada por meio do orçamento estadual, destinado especificamente às Secretarias de Segurança Pública ou ao órgão autônomo correspondente. Tais recursos são aplicados em atividades de segurança pública,



infraestrutura, equipamentos, capacitação e operações de emergência, sem vinculação aos fundos destinados à saúde.

Ressalte-se que o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) desempenhado pelos bombeiros, em determinadas situações especiais pode até vir a complementar os serviços de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas a responsabilidade primária e a gestão dos recursos de saúde recaem sobre o SUS. Justamente por isso, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria do Ministério da Saúde nº 2.048, de 2002) e o componente pré-hospitalar móvel, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU 192 (Portaria nº 1.864/GM, de 2003).

Dessa forma, a impossibilidade jurídica de financiar o atendimento realizado pelo Corpo de Bombeiros com recursos classificados como ASPS se fundamenta na distinção entre as competências, vinculações e finalidades de cada órgão. Enquanto o SUS é diretamente voltado para a promoção, proteção e recuperação da saúde, o Corpo de Bombeiros atua na esfera da segurança pública, realizando atividades de prevenção e socorro em situações de risco tanto à vida e quanto ao patrimônio. Aspectos que se encontram em consonância com o disposto na Constituição e na legislação, que é clara ao definir as competências e responsabilidades das esferas de governo em relação à saúde e à segurança pública.

VI. CONCLUSÃO

A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, conforme disposto no art. 194 da Constituição.

A Constituição define a saúde de maneira abrangente, estabelecendo-a como um direito de todos e um dever do Estado, garantido através de políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e outros agravos, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Para tanto, a Constituição instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema público formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo (art. 198). Ela também delineou as obrigações e áreas de atuação do SUS. Posteriormente, a Lei nº 8.080/90 estabeleceu competências e atribuições necessárias para o funcionamento do sistema. Mas foi apenas com a Emenda Constitucional nº 29/2000 que se definiu a participação mínima obrigatória de cada ente federado no financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Atualmente, parcela significativa do financiamento do SUS provém dos recursos previstos no §3º do art. 198 da Constituição. No entanto, de acordo com as disposições constitucionais e legais, **o fato de despesa integrar as atribuições do SUS (art. 200 da CF e Lei nº 8.080/1990) não garante, por si só, que possa ser contabilizada no rol das ações e serviços públicos de saúde (ASPS)**, para fins de aplicação da EC nº 29/2000. Assim, não são computadas, por exemplo, despesas que:



- ✓ *não sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, como as de hospitais universitários do MEC, Forças Armadas, Polícias, e Corpo de Bombeiros;*
- ✓ *estejam relacionadas a outras políticas públicas que atuem sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população; ou*
- ✓ *não atendam ao princípio de garantia ao acesso universal, excluindo, por exemplo, hospitais corporativos.*

Elaboração: Núcleo de Saúde/Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados.⁹

⁹ Mario Luis Gurgel de Souza - Consultor de Orçamento CD