VIDERE
V. 14, N. 30, MAI-AGO. 2022
ISSN: 2177-7837

Recebido: 18/05/2022.
Aprovado: 21/06/2022.

Páginas: 323-341.

DOI: 10.30612/videre.v14i30.15306

SAÚDE NA FRONTEIRA: LIMITE CONSTITUCIONAL MÍNIMO, INSTRUMENTO DE FISCALIZAÇÃO E O CASO DE MATO GROSSO DO SUL E DE DOURADOS

HEALTH AT THE BORDER: MINIMUM CONSTITUCIONAL LIMIT, MONITORING INSTRUMENT AND THE CASE OF MATO GROSSO DO SUL AND DOURADOS

SALUD EN LA FRONTERA: LÍMITE MÍNIMO CONSTITUCIONAL, INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN Y EL CASO DE MATO GROSSO DO SUL Y DOURADOS

Fernando Nardon Nielsen*
Alaerte Antonio Martelli Contini**

RESUMO
A saúde na fronteira do Brasil, especificamente no estado de Mato Grosso do Sul e no município de Dourados, é estudada no presente artigo sob a perspectiva do limite constitucional mínimo de recursos aplicáveis em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) por meio do sistema SIOPS no ano de 2018. O texto aborda o direito à saúde e demonstra a necessidade da exata compreensão do princípio da integralidade de atendimento e de sua correta dimensão dentro do Sistema Único de Saúde. Discute o limite constitucional mínimo para aplicação de recursos em ASPS e sua importância para a solidez do SUS e para a garantia potencial da integralidade real, apontando o SIOPS como instrumento para essa fiscalização. Como resultado, constatou que no caso de Mato Grosso do Sul e de Dourados, no ano de 2018, o percentual mínimo foi atingido e extrapolado, respectivamente em 2,16% e 8,37%.
Palavras-chave: Direito à saúde. limite constitucional. SIOPS. Mato Grosso do Sul. Dourados.

ABSTRACT
Health on the Brazilian border, specifically in the state of Mato Grosso do Sul and in the municipality of Dourados, is studied in this article from the perspective of the minimum constitutional limit of resources applicable to public health actions and services (ASPS) through the SIOPS system in 2018. The text addresses the right to health and demonstrates the need for the exact understanding of the principle of integrality of care and its correct dimension within the Brazilian Unified Health System. It discusses

*
Mestre em Fronteiras e Direitos Humanos
Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD
fernardon@hotmail.com
OrcID: 0000-0003-2771-3361

**
Doutor em Geopolítica
Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD
alaertecontini@ufgd.edu.br
OrcID: 0000-0001-8461-6600

CC BY NC SA

the minimum constitutional limit for the application of resources in ASPS and its importance for the solidity of SUS and for the potential guarantee of real integrality, pointing out the SIOPS as a suitable instrument for this inspection. As a result, it found that in the case of Mato Grosso do Sul and Dourados, in 2018, the minimum percentage was reached and extrapolated, respectively by 2.16% and 8.37%.
Keywords: Right to health. constitutional limit. SIOPS. Mato Grosso do Sul. Dourados.

RESUMEN
La salud en la frontera de Brasil, específicamente en el estado de Mato Grosso do Sul y en el municipio de Dourados, es estudiada en este artículo desde la perspectiva del límite mínimo constitucional de recursos aplicables a las acciones y servicios públicos de salud (ASPS) a través del sistema SIOPS en 2018. El texto aborda el derecho a la salud y demuestra la necesidad de una comprensión exacta del principio de atención integral y su correcta dimensión dentro del Sistema Único de Salud. Discute el límite constitucional mínimo para la aplicación de recursos en ASPS y su importancia para la solidez del SUS y para la garantía potencial de la integralidad real, apuntando al SIOPS como instrumento para esa fiscalización. Como resultado, constató que en el caso de Mato Grosso do Sul y Dourados, en 2018, el porcentaje mínimo fue alcanzado y extrapolado, respectivamente en 2,16% y 8,37%.
Palabras clave: Derecho a la salud. límite constitucional. SIOPS. Mato Grosso do Sul.

1 INTRODUÇÃO

A previsão do direito à saúde como fundamental, acessível universalmente, igualitário no tratamento e integral no atendimento, não garante sua automática implantação e acesso ilimitado, sem a análise de outras condicionantes envolvidas no processo. O presente artigo analisou as ações e os serviços públicos de saúde - ASPS existentes no Brasil antes e após a Constituição Federal de 1988, apresentando suas especificidades, abrangência de atendimento e destinatários para demonstrar a mudança de paradigma contida no Sistema Único de Saúde (SUS) e delimitar a abrangência de seus princípios, em especial da integralidade de atendimento.

Da mesma forma, tratou da necessidade de o respeito à integralidade de atendimento perpassar pelo afastamento da ideia de que devem ser fornecidas todas e quaisquer ações e serviços de saúde e pelo respeito ao mínimo constitucional como forma de assegurar a solidez do sistema e estabelecer um parâmetro para aferir sua capacidade potencial em garantir a integralidade real. Por outro lado, apresentou o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) como instrumento capaz de verificar o respeito a esse limite.

Para tanto, apresentou-se documentos internacionais que disciplinam o direito à saúde, bem como os normativos nacionais, passando pela análise e contextualização da matéria nas diversas Constituições de nosso país até a criação do SUS, apontando suas características e seus princípios para destacar a compreensão de que a integralidade deve ser entendida como a garantia de disponibilização de atendimento nas diversas especialidades e em todos os níveis de complexidade médica. Para que isso ocorra, necessário se faz o respeito ao mínimo constitucional.

Após, abordou-se a questão do limite constitucional mínimo para aplicação de recursos na área da saúde como parâmetro para aferir a solidez do SUS e sua capacidade em garantir a integralidade de atendimento real, apresentando o Sistema de

Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) como instrumento de fiscalização da aplicação desse limite.

Em seguida estudou-se o caso do estado de Mato Grosso do Sul e do município de Dourados sob a perspectiva do respeito ao mínimo constitucional no ano de 2018, valendo-se para tanto dos dados públicos disponíveis no SIOPS, fornecido pelo Ministério da Saúde, em sua página oficial da internet, de acordo com a Lei de Acesso à Informação.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, básica e de cunho exploratório, pautada em análise bibliográfica e documental, com recorte temporal para a análise de caso, referente ao período correspondente ao ano de 2018. O presente estudo de caso baseia-se em pesquisa de dados disponibilizados pelo SIOPS referente ao estado de Mato Grosso do Sul e ao município de Dourados por meio do sítio eletrônico do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br), no link Assuntos - Repasses Financeiros – SIOPS – Demonstrativos/Dados informados – Estados – Distrito Federal e Municípios – Cálculo do % aplicado em Saúde – conforme LC 141/2012, utilizando-se a base de dados referente ao sexto bimestre do ano de 2018. (BRASIL, 2018).

2 DIREITO À SAÚDE: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

A complexidade e as diversas nuances que permeiam o tema do direito à saúde impõe a construção de uma base histórica sólida capaz de trazer uma visão ampla dos acontecimentos relacionados ao tema e clarear os motivos que conduziram a sua formatação atual. Com esse objetivo, serão apresentados os documentos internacionais e nacionais sobre o direito à saúde, contextualizando-os.

Inicialmente, destaca-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) elaborada pela Organização das Nações Unidas (ONU, 1948), que elencou dentre os direitos entendidos como fundamentais e universais pelos países signatários, inclusive o Brasil, o direito à saúde ao prever que "Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e à sua família, saúde" (art. XXV, 1). No mesmo sentido, a Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem, no âmbito da Organização dos Estados Americanos (OEA,1948), previu expressamente no seu art. XI que "Toda pessoa tem direito a que sua saúde seja resguardada por medidas sanitárias e sociais (...) correspondentes ao nível permitido pelos recursos públicos e os da coletividade". Nesse contexto, verifica-se a consagração internacional do direito público, subjetivo e fundamental à saúde desde a segunda metade da década de 40 do século XX.

Diferentemente, no Brasil somente após a Constituição Federal de 1988 o direito à saúde alcançou esse patamar. A Constituição Imperial de 1824 não tratava expressamente do direito à saúde, garantindo apenas os "socorros públicos" em seu artigo

179, XXXI. A Constituição de 1891 nem isso fez. Por sua vez, a Constituição de 1934 trata do tema introduzindo normas programáticas e atribuindo competência concorrente à União e aos Estados para cuidarem da saúde e da assistência públicas, porém sem concretude. O tratamento mais efetivo sobre o tema veio na imposição da legislação trabalhista prever a proteção à saúde dos trabalhadores. A Constituição de 1937 manteve a obrigação introduzida pela Carta anterior quanto à proteção à saúde dos trabalhadores (art. 137, l). Quanto à competência legislativa em matéria de saúde, restringiu essa atribuição à União, deixando, contudo, a possibilidade de delegação aos Estados (art. 16, XXVII).

A Constituição de 1946 manteve a competência privativa da União para legislar sobre saúde (art. 5º, XV, b) e a obrigatoriedade de a legislação trabalhista proteger a saúde do trabalhador, incluindo nessa previsão a legislação previdenciária (art. 157, XIV), especificando que tal proteção abrangia a assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva. A Constituição de 1967 manteve essas previsões, apenas elevando ao plano constitucional o direito do trabalhador à assistência sanitária.

Nesse contexto, até 1988 no Brasil não havia falar em universalidade das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). O que existia era um sistema cindido em dois setores bem definidos: medicina previdenciária e saúde pública. O primeiro tinha ações dirigidas estritamente à saúde individual dos trabalhadores formais, voltadas, prioritariamente, para as zonas urbanas, com foco em assistência curativa e a cargo do INAMPS, ligado ao Ministério da Previdência e Assistência Social. O segundo direcionava-se principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, priorizando atividades de caráter preventivo e doenças transmissíveis, sob o comando do Ministério da Saúde (MS), segundo Matta (2007) e Paiva e Teixeira (2014). Dessa forma, somente o cidadão com vínculo formal de emprego acessava os serviços e ações de assistência médica curativa fornecidos por entidades públicas, enquanto os demais dependiam exclusivamente da iniciativa privada e dos poucos serviços municipais, estaduais e de instituições assistencialistas disponíveis, como Santas Casas de Misericórdia ou hospitais universitários.

Essa realidade fomentou o desenvolvimento do movimento denominado sanitarista organizado para reivindicar mudanças e culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida entre 17 e 21 de março de 1986, que consignou em seu relatório final que "a Previdência Social deveria se encarregar das ações próprias de 'seguro social' (pensões, aposentadorias e demais benefícios) e a saúde" deveria ser "entregue, em nível federal, a um único órgão com características novas" e mais à frente conclui que "A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde da previdência, através

de uma ampla Reforma Sanitária" (BRASIL, 1986, pp. 03 e 10)[1]. Suas principais ideias eram fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

As ideias debatidas nesse período ganharam respaldo na Constituição de 1988 que positivou a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil (art. 1º, III), concretizável através dos direitos fundamentais que dela irradiam e nela encontram seu fundamento, numa relação de interação. Da mesma forma, previu a saúde como dever do Estado e como um direito social assegurado a todos, garantindo o acesso universal e igualitário às ASPS para sua promoção, proteção e recuperação, o que deve ser feito por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que possui como diretriz o atendimento integral (arts. 6º, 196 e 198, CF/88). Esses dispositivos representam o núcleo orientador do SUS e compilam seus princípios elementares (universalidade de acesso, a igualdade no tratamento e a integralidade de atendimento). O relatório final da 8ª CNS já o definia de forma semelhante ao afirmar que o "Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade". (BRASIL,1986, p.4)

Portanto, apenas com a CF/88 inicia-se o processo de criação de um sistema único, público, universal e descentralizado de saúde, transformando-se profundamente a organização da saúde pública no Brasil pelo enfrentamento de antigos problemas estruturais, tal como a separação entre saúde pública e previdenciária (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 16). O detalhamento do sistema criado foi estabelecido pela Lei nº. 8.080/90.

Tendo em vista que o texto constitucional foi o primeiro instrumento que tratou de unificar as ASPS, formatar um sistema capaz de englobar todas as atividades esparsas realizadas dentro de um único regime, ampliar o público potencial destinatário e acrescentar a ideia de unidade com diretrizes e princípios regentes próprios, formando um desenho institucional completo, é na Constituição que devemos buscar o regime jurídico do SUS e pautar as discussões que tenham este como base.

O artigo 198 da CF/88 traz a ideia de que as ASPS constituem um sistema único integrado por uma rede regionalizada e hierarquizada. Essa configuração destaca que a essência do SUS é seu caráter sistemático/organizacional de forma que se permite concluir que as ASPS serão ofertadas dentro desse sistema (MAPELLI JUNIOR, 2017, p.50). Tal constatação deve servir de norte para discussões relacionadas ao SUS.

1 Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. De 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em 04 jul. 2019.

Da mesma forma, a Constituição Federal consagra em seu artigo 198, II, que deve ser observado como diretriz desse mencionado sistema o atendimento integral. Vale dizer, não é suficiente o oferecimento de ASPS dentro de um sistema devidamente organizado, mas é necessário também que esse sistema seja apto a fornecer um atendimento integral. Atendimento integral deve ser bem compreendido para que não se extrapole o sentido originariamente conferido ao mesmo dentro de um contexto histórico existente e dele se desgrude totalmente a ponto de alterar o sentido pretendido quando de sua inserção no texto constitucional.

Para alcançar esse sentido, necessário se faz rememorar o contexto de cisão, diferenciação e restrição na prestação de ASPS existentes antes da criação do SUS. Dessa forma, quando se reivindicou mudança no mencionado contexto histórico o que se pretendeu foi que as ASPS fossem ofertadas universalmente, sem distinção de destinatários e não apenas em relação à saúde básica, mas também em relação à medicina de média e alta complexidade, possibilitando um atendimento integral em todas as áreas de complexidade. O que se objetivou com essa diretriz constitucional foi afastar a ideia de que o oferecimento de apenas um conjunto de prestações assistenciais básicas era suficiente para assegurar o direito à saúde.

O princípio da integralidade, portanto, surgiu no contexto da reforma como um contraponto ao contexto institucional da saúde até então dividido em saúde pública e medicina previdenciária, objetivando o comprometimento do Estado na garantia a todo e qualquer tipo de atenção à saúde, do mais simples ao mais complexo (da vacina ao transplante) (MATTA, 2007). Isso não significa necessariamente todo e qualquer tratamento, mas sim um atendimento integral nas diversas áreas da medicina e em seus diversos níveis de complexidade. Vale dizer, a concepção de atendimento integral encontra seu significado originário não na ideia de um direito à saúde absoluto, mas sim na obrigatoriedade de o Poder Público integrar serviços preventivos e curativos desarticulados à época para fornecer ao usuário do sistema de saúde uma assistência em todos os níveis de complexidade (MAPELLI JÚNIOR, 2017, p. 63).

Nesse ponto, necessário lembrar que o princípio da integralidade deve ser harmonizado com os princípios da universalidade e igualdade para que todos sejam respeitados. Não há como defender a integralidade de atendimento sem que seja possível oferecê-la de forma igualitária a todos os que dela necessitem. Bem por isso, o entendimento de que integralidade corresponde a todos e qualquer tratamento existente conflita com a lógica do SUS, pois "O paradigma do direito de todos e dever do Estado (art. 196, CF) na perspectiva da integralidade (...) não significa que não existam limites ou contornos jurídicos ao direito à saúde, decorrentes da organização sistemática dos programas públicos do SUS" (MAPELLI JÚNIOR, 2017, p. 61). Importante compreender que o SUS possui uma organização jurídico-administrativa e técnico-sa-

nitária complexa, mas com uma natureza sistêmica que lhe confere lógica e assegura harmonia. Relegada essa sua característica fundamental haverá pequenos benefícios pontuais à custa de uma desarmonia sistêmica generalizada.

As ASPS, assim como a implantação de qualquer direito fundamental assegurado aos cidadãos, envolvem custos (HOLMES; SUSTEIN, 2000) e os recursos destinados às políticas públicas que visem concretizar esses direitos, no mais das vezes, notadamente nos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, são limitados. Por tal motivo os deveres fundamentais e os custos dos direitos devem ser considerados adequadamente para se atingir um estado de liberdade com preço moderado em que as ideias de liberdade e de solidariedade se completem (NABAIS, 2007).

Dessa forma, a integralidade de atendimento deve encontrar significação na compatibilização entre o não oferecimento de todo e qualquer ação e serviço público de saúde e a garantia do direito fundamental à saúde em todos os níveis de complexidade, sob pena de, por um lado extrapolar as forças do sistema estabelecimento e, consequentemente, extingui-lo, e, por outro, o sistema ser desprovido de recursos mínimos a ponto de a integralidade valer apenas como conceito formal, sem repercussão prática.

O desafio está em localizar esse ponto de equilíbrio e, com isso, harmonizar todo o Sistema Único de Saúde. Para isso é necessário que se estabeleça métricas capazes de atestarem esses limites e, consequentemente, definirem o intervalo harmônico para funcionamento do sistema. Diversos indicadores são necessários para tanto, dentre eles, o que enfocaremos: limite constitucional mínimo para aplicação em ASPS.

3 LIMITE CONSTITUCIONAL MÍNIMO PARA APLICAÇÃO NA SAÚDE (ART. 198, § 2º, CF/88) E O SIOPS COMO INSTRUMENTO DE FISCALIZAÇÃO

Estabelecer o direito à saúde como fundamental e o SUS calcado no princípio da universalidade, igualdade e integralidade não assegura automaticamente acesso à saúde sem a análise de outras condicionantes envolvidas no processo de implementação, especialmente a harmonização do sistema por meio da definição de um ponto de equilíbrio consistente em um intervalo ideal para o seu funcionamento. Como forma de encontrar balizas aptas a demarcarem esse intervalo harmônico para funcionamento do sistema, necessárias algumas reflexões sobre o limite constitucional mínimo a ser aplicado em ASPS como parâmetro a conferir solidez ao SUS e a aferir a capacidade potencial do sistema em garantir a integralidade real, para com isso estabelecer uma primeira referência na concretização do direito à saúde.

Nada adianta a legislação assegurar o direito à saúde com acesso universal, igualdade de tratamento e integralidade de atendimento se o SUS não possuir capacidade suficiente para concretizar a previsão constitucional. Essa capacidade decorre necessariamente da robustez do sistema que está atrelada diretamente ao aporte financeiro a ele destinado. Não por outro motivo, a legislação tratou detalhadamente da necessidade de se instituir um limite mínimo a ser destinado à saúde e de se estabelecer a base de cálculo desse limite.

O artigo 198, após explicitar as diretrizes do SUS e sua forma de financiamento, estabelece, em seu § 2º, que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ASPS recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre o produto da arrecadação de seus impostos e de outros recursos específicos, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios, quando tratar de Estados e Distrito Federal.

Prevê, ainda, em seu § 3º que Lei Complementar estabelecerá os mencionados percentuais, bem como 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 e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

Essa Lei Complementar é a 141, de 13/01/2012, que em seu art. 6º estabelece o percentual mínimo de 12% para os estados e para o DF quando este desempenhar atribuições inerentes aos estados e de 15% para os municípios e para o DF quando atuar na competência típica de município.

A base de cálculo para definição do percentual mínimo para os estados é composta pela receita de impostos líquida (ITCD; ICMS; IPVA; IRRF; multas e juros de mora dos impostos; dívida ativa dos impostos; e, multas, juros e outros encargos da dívida ativa) somada à receita de transferências constitucionais e legais (cota-parte Fundo de Participação dos Estados; cota-parte IPI-Exportação e desoneração ICMS – LC87/96) e deduzida das transferências constitucionais aos municípios (parcela do ICMS repassada aos municípios (25%), parcela do IPVA repassada aos municípios (50%) e parcela da cota-parte do IPI-Exportação repassada aos municípios (25%)).

Por sua vez, a base de cálculo para definição do percentual mínimo para os municípios é composta pela receita de impostos líquida (IPTU; ITBI; ISS; IRRF; multas e juros de mora dos impostos; dívida ativa dos impostos; e, multas, juros e outros encargos da dívida ativa) somada à receita de transferências constitucionais e legais (cota-parte Fundo de Participação dos Municípios; cota-parte ITR; cota-parte IPVA; cota-parte ICMS; cota-parte IPI-Exportação e desoneração ICMS – LC87/96).

A Constituição e a legislação que a regulamentou conferiram relevância ao tema da saúde ao estabelecerem um limite mínimo que deverá ser obrigatoriamente aplicado, ainda mais quando fixaram esse percentual em quase 1/8 da receita dos estados e em quase 1/7 das receitas dos municípios. Mas, mais do que destacar a importância do direito à saúde, a Lei Complementar n.º 141/2012 previu normas para fiscalizar a gestão da saúde (seção IV) e evitar que a complexidade da base de cálculo ou outros artifícios fossem utilizados para possibilitar o não cumprimento do limite constitucional.

Ao assim proceder, a LC n.º 141/12 conferiu um mínimo de efetividade ao direito à saúde que então passou a gozar de um sistema que deveria receber ao menos um aporte financeiro preestabelecido passível de efetiva fiscalização. Nesse ponto, vale ressaltar que quando se analisa questões complexas, como o SUS, diversos indicadores devem ser estudados conjuntamente para que se obtenha uma conclusão mais aprofundada, mas a análise da métrica aqui debatida permite trazer à discussão um parâmetro inicial relevante no estudo do direito à saúde, especialmente quanto ao respeito ao preceito constitucional e a aferição a capacidade potencial do sistema em garantir a integralidade real aos seus beneficiários.

Dentre as normas estabelecidas, consta que o Ministério da Saúde manterá sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações e estabelecendo como um dos requisitos mínimos a obrigatoriedade de registro e atualização permanente dos dados pelas três esferas de governo (art. 39).

Dessa forma, a LC n.º 141/12 institucionalizou o SIOPS e o estabeleceu como uma ferramenta disponibilizada aos gestores do SUS, de alimentação obrigatória e acesso público, para o registro eletrônico centralizado e atualizado das informações referentes aos orçamentos públicos em saúde da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Possibilitou, com isso, a organização e disponibilização de dados e informações sobre receitas totais e despesas com ASPS, de forma a viabilizar o monitoramento da aplicação de recursos no SUS (Nota Técnica n.º 9/2019 – CSIOPS/DESID/SE/MS).

O SIOPS franqueou o acesso a informações detalhadas, amplas e variadas das receitas e despesas relacionadas à política pública de saúde instrumentalizada de forma concentrada em um único sistema, facilitando a análise e coleta de dados. O sistema é de acesso público e divulga dados apresentados pelos gestores do SUS bimestralmente, relativos ao ano vigente, bem como possibilita a consulta de dados relativos a anos anteriores. O fato de o sistema condensar diversas informações qualificadas em um único instrumento o credencia a ser utilizado como parâmetro idôneo para

a fiscalização do cumprimento do princípio constitucional da aplicação mínima de recursos em ASPS instrumentalizado pela LC n.º 141/12. Por tal motivo, foi adotado como instrumento para o estudo de caso aqui desenvolvido.

4 SIOPS: ESTUDO DE CASO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL E DO MUNICÍPIO DE DOURADOS NO ANO DE 2018

O presente estudo de caso baseia-se em pesquisa de dados disponibilizados pelo SIOPS referente ao estado de Mato Grosso do Sul e ao município de Dourados por meio do sítio eletrônico do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br), no link Assuntos - Repasses Financeiros – SIOPS – Demonstrativos/Dados informados – Estados – Distrito Federal e Municípios – Cálculo do % aplicado em Saúde – conforme LC 141/2012, utilizando-se a base de dados referente ao sexto bimestre do ano de 2018. (BRASIL, 2018).

Os dados coletados relevantes para o presente estudo estão compilados em dois quadros (Quadro A e Quadro D – denominação original do SIOPS) que tratam respectivamente, a) das receitas de impostos e transferências constitucionais e legais vinculadas à saúde e; b) do cálculo das despesas próprias em ASPS, conforme a LC 141/412.

O segundo quadro em relação a cada um dos entes federados estudados (Quadro D) contém o valor percentual aplicado pelo estado de Mato Grosso do Sul e pelo município de Dourados na saúde no item "% de Recursos Próprios aplicados em Saúde por Fonte". Esse percentual é obtido pelo resultado da divisão do valor das despesas com recursos próprios (Quadro D – item de igual nome) pelas receitas de impostos e transferências constitucionais e legais vinculadas à saúde (Quadro A – item de igual nome), multiplicado por 100. O resultado não pode ser inferior a 12% (doze por cento) para os estados nem inferior a 15% (quinze por cento) para os municípios.

Para uma melhor compreensão do cálculo necessário para a obtenção do percentual mínimo aplicável em ASPS e visualização dos dados coletados que lhe serviram de base, apresenta-se os Quadros A e D referentes ao estado de Mato Grosso do Sul e ao município de Dourados.

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Quadro A – Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais Vinculadas à Saúde

Receitas	Previsão Atualizada 2018	Receita Realizada Até Bim/2018	Receita Orçada 2019
Impostos (I)	10.005.855.027,00	10.283.635.078,04	6.695.405.500,00
IPVA	599.125.100,00	608.483.978,94	240.137.700,00
IRRF	845.793.800,00	902.045.973,75	949.714.500,00
ITCMD	118.137.000,00	161.664.897,30	113.849.200,00
ICMS	8.348.683.027,00	8.512.359.186,51	5.277.185.600,00
Impostos, Multas, Juros de Mora e Divida Ativa - Exclusivo DF(Base Municipal)	N/A	N/A	N/A
Multas e Juros de Mora de Impostos (Base Estadual)	79.710.900,00	60.255.078,30	76.242.000,00
Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa (Base Estadual)	0,00	0,00	0,00
Dívida Ativa de Impostos (Base Estadual)	14.405.200,00	38.825.963,24	38.276.500,00
Transferências da União (II)	1.472.087.700,00	1.322.775.889,35	1.051.412.800,00
Cota-Parte FPE	1.357.944.600,00	1.203.598.187,19	948.614.800,00
Cota-Parte do IPI-Exportação	93.861.800,00	101.491.340,88	84.581.000,00
Lei Compl. nº 87/96 - Lei Kandir	20.281.300,00	17.686.361,28	18.217.000,00
Outras Transferências da União - FPM e ITR Exclusivo DF (Base Municipal)	N/A	N/A	N/A
(-) Transferências Constitucionais e Legais a Municípios (III)	2.421.380.506,75	2.474.136.426,90	5.716.422.400,00
Transferências do ICMS (25%)	2.082.252.856,75	2.123.449.825,29	5.353.756.500,00
Transferências do IPVA (50%)	315.662.200,00	325.313.766,39	278.084.900,00
Transferências do IPI - Exportação (25%)	23.465.450,00	25.372.835,22	84.581.000,00
Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais Vinculadas à Saúde (IV = I + II - III)	9.056.562.220,25	9.132.274.540,49	2.030.395.900,00

Fonte: BRASIL (2018).

Quadro D – Cálculo das Despesas Próprias em Ações e Serviços Públicos de Saúde, Conforme LC 141/2012

Itens	Cálculo das Despesas Próprias em Ações e Serv. Pub. de Saúde
Despesas com recursos de Impostos e Transferências Const. e Legais (XIX)*	1.293.715.123,64
(-) RP's não processados inscritos em 2018 sem disponibilidade financeira (XX)	0,00
Disponibilidade Financeira em saúde – 2018	220.334.654,02
Restos a Pagar Não Processados Inscritos em Saúde – 2018	112.352.585,47
(=)Despesas com Recursos Próprios por Fonte (XXI = XIX - XX)	1.293.715.123,64
% de Recursos Próprios aplicados em Saúde por Fonte (XXII = XXI / IV)	14,16
Despesa mínima a ser aplicada em ASPS** (XXIII = IV x 12% LC 141)	1.095.872.944,85
Despesa mínima a ser aplicada em ASPS (XXIV = IV x % Lei Orgânica ou Constituições)	N/A
Despesa mínima a ser aplicada em ASPS (XXV)	1.095.872.944,85
Limite não cumprido (XXVI)	0,00

Fonte: BRASIL (2018).

MUNICÍPIO DE DOURADOS/MS[2]

Quadro A – Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais Vinculadas à Saúde

Receitas	Previsão Atualizada 2018	Receita Realizada Até Bim/2018	Receita Orçada 2019
Impostos (I)	186.782.940,00	178.154.776,76	192.392.755,00
ITR	0,00	0,00	0,00
IPTU	64.881.920,00	58.658.797,08	66.000.000,00
IRRF	27.529.420,00	28.865.255,79	29.500.000,00
ITBI	20.809.460,00	16.790.092,17	22.142.755,00
ISS	59.876.160,00	59.929.879,00	62.000.000,00
Multas e Juros de Mora de Impostos	915.810,00	808.614,47	900.000,00
Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa	2.290.080,00	2.260.546,57	1.750.000,00
Dívida Ativa de Impostos	10.480.090,00	10.841.591,68	10.100.000,00
Transferências da União (II)	61.135.208,00	76.149.271,44	68.360.000,00
Cota-Parte FPM	56.800.000,00	69.782.122,57	63.200.000,00
Cota-Parte ITR	3.997.040,00	5.992.934,99	4.800.000,00
Lei Compl. nº 87/96 - Lei Kandir	338.168,00	374.213,88	360.000,00
Transferências do Estado (III)	134.556.600,00	168.373.078,91	153.600.000,00
Cota-Parte do ICMS	105.600.080,00	133.569.426,48	120.800.000,00
Cota-Parte do IPVA	28.164.080,00	33.038.032,49	31.200.000,00
Cota-Parte do IPI – Exportação	792.440,00	1.765.619,94	1.600.000,00
Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais Vinculadas à Saúde (IV = I + II + III)	382.474.748,00	422.677.127,11	414.352.755,00

Fonte: BRASIL (2018).

2 http://siops.datasus.gov.br/rel_perc_LC141.php?S=1&UF=50;&Municipio=500370;&Ano=2018&Periodo=20&g=0&e=2

Quadro D – Cálculo das Despesas Próprias em Ações e Serviços Públicos de Saúde, Conforme LC 141/2012

Itens	Cálculo das Despesas Próprias em Ações e Serv. Pub. de Saúde
Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (XIX)*	99.723.390,15
(-) RP's não processados inscritos em 2018 sem disponibilidade financeira (XX)	922.526,11
Disponibilidade Financeira em saúde – 2018	0,00
Restos a Pagar Não Processados Inscritos em Saúde – 2018	922.526,11
(=) Despesas com Recursos Próprios (XXI = XIX - XX)	98.800.864,04
% de Recursos Próprios aplicados em ASPS** Fonte (XXII = XXI / IV) [1]	23,37
Despesa mínima a ser aplicada em ASPS (XXIII= IV * 15% LC 141)	63.401.569,06
Despesa mínima a ser aplicada em ASPS (XXIV= IV * % Lei Orgânica ou Constituições)	N/A
Despesa mínima a ser aplicada em ASPS (XXV)	63.401.569,06
Limite não cumprido (XXVIII)	0,00

Fonte: BRASIL (2018).

Conforme se pode observar, o percentual aplicado em ASPS pelo estado de Mato Grosso do Sul e pelo município de Dourados é, respectivamente, de 14,16% e 23,37% (Quadro D – item "% de Recursos Próprios aplicados em Saúde por Fonte"), superando, muito, o mínimo constitucionalmente exigido de 12% e 15%. Essa também foi a realidade da maioria dos estados brasileiros no ano de 2018, a exceção de Minas Gerais e Rio Grande do Norte (AC - 14,23%; AL - 12,15%; AP - 14,95%; AM - 19,43%; BA - 12,05%; CE - 15,44%; ES - 18,95%; GO - 12,10%; MA - 14,46%; MT - 12,20%; MG - 7,91%; PA - 15,25%; PB - 12,27%; PR - 12,17%; PE - 15,34%; PI - 12,25%; RJ - 12,15%; RN - 10,56%; RS - 12,15%; RO - 13,00%; RR - 18,21%; SC - 14,10%; SP - 13,36%; SE - 12,32%; TO - 16,45%)[3].

Esses dados trazem à luz a observância do princípio constitucional da aplicação mínima de recursos em ASPS pelo estado de Mato Grosso do Sul e pelo município de Dourados no ano de 2018, porém, não demonstram outros aspectos igualmente relevantes para a análise global da efetivação do direito à saúde, como a qualidade das

3 Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/rel_perc_LC141.php?S=1&UF=50;&Ano=2018&Periodo=20&g=0&e=1. Acesso em: 01 jul. 2019.

ASPS oferecidas, o custo dispendido com cada ASPS, se os mesmos estão de acordo com o critério de referência-padrão, a gestão dos recursos aplicados, o respeito efetivo a integralidade de atendimento, a existência de demandas por ASPS não atendidas, ou outros aspectos qualitativos não relacionados à solidez do SUS e à capacidade potencial de garantir uma integralidade de atendimento.

Dessa forma, o fato de o estado de Mato Grosso do Sul e o município de Dourados cumprirem o limite constitucional mínimo para o ano de 2018, por si só, não pode ser entendido como garantia de acesso à saúde nos exatos termos previsto pela Constituição Federal de 1988 quando dissociado da análise de outros parâmetros, mas é suficiente para indicar a solidez de um sistema que dentro de sua estrutura tem potencial para assegurar o respeito a seus princípios regentes, em especial o da integralidade de atendimento, garantindo em tese a aplicação da integralidade real e não apenas formal.

O presente estudo de caso serve de base também para uma abordagem do tema sob outro viés, mais qualitativo, que embora não se confunda com gastos, com ele se relaciona: os custos das ASPS. Afora a questão dos gastos em saúde preconizados pelo artigo 198 da CF, os custos das ASPS devem ser aferidos, pois gastos sem dimensionamento de custos podem refletir em cumprimento do mínimo constitucional a um valor muito mais elevado do que o necessário. Por tal motivo, é imprescindível o levantamento de informações que possibilitem dimensionar o custo do sistema de saúde no Brasil e, consequentemente, utilizá-lo como referência e parâmetro inicial para uma melhor gestão e execução dos gastos do SUS a serem efetuados nas diferentes esferas de governo (CARPINTÉRO, 1999, p. 11 e 13).

Portanto, embora o atendimento ao percentual mínimo aplicado em ASPS seja um dos balizadores no que diz respeito à implantação do direito à saúde, não deve ser o único parâmetro para essa verificação, pois, assim como é necessário estabelecer um limite mínimo abaixo do qual não se considera atendido o referido direito – aspecto quantitativo, também é imprescindível investigar se mesmo com o sua observância o princípio da integralidade de atendimento é respeitado em sua inteireza – aspecto qualitativo.

5 CONCLUSÃO

A contextualização histórica acerca do direito à saúde apresentada neste artigo, especialmente quanto as previsões constitucionais anteriores a 1988 e as reinvindicações existentes à época, sobretudo, pelo movimento sanitarista, fundamentam a conclusão de que no Brasil apenas após a CF/88 foi garantido o direito à saúde como fundamental, acessível universalmente, igualitário no tratamento e integral no aten-

dimento, a ser ofertado pelo Sistema Único de Saúde, em oposição ao sistema dual até então existente que segregava medicina previdenciária e saúde pública.

Nesse contexto, a integralidade deve ser entendida como disponibilização de atendimento nos diversos níveis de complexidade e nas variadas especialidades médicas e não como sinônimo de acesso a toda e qualquer ação e serviço de saúde existente. Integralidade não existe sem que o mesmo tratamento possa ser ofertado a todos que dele necessitarem em respeito aos princípios da universalidade e igualdade que devem conviver harmonicamente com aquele. Portanto, a integralidade encontra limites na natureza sistêmica do SUS e deve compatibilizar, de um lado, o não oferecimento de tudo e, de outro, a garantia de atendimento em todos os níveis de complexidade para, com isso, evitar o aniquilamento do sistema e, ao mesmo tempo, assegurar sua solidez.

Um primeiro indicador para possibilitar o estabelecimento de balizas que viabilizem o encontro desse intervalo ideal de funcionamento do sistema é o limite constitucional mínimo para a aplicação em ASPS. É insuficiente apenas garantir o direito à saúde envolto em princípios de universalidade, igualdade e integralidade sem que o sistema criado para o viabilizar possua capacidade de concretizá-lo nesses exatos termos. O SUS precisa ter uma capacidade financeira mínima que lhe garanta solidez e potencialidade de cumprimento do comando constitucional. Essa preocupação está presente na legislação ao estabelecer o percentual mínimo para aplicação em ASPS e definir sua base de cálculo, mas, acima de tudo, ao prever instrumento de registro eletrônico centralizado de informações de saúde de alimentação obrigatória capaz de permitir o monitoramento da aplicação de recursos no SUS.

O SIOPS possui, entre as diversas informações nele compiladas, um item denominado "% de Recursos Próprios aplicados em Saúde por Fonte" que permite aferir se a União, Estados, DF e Municípios cumprem o comando constitucional e em qual porcentagem. No caso de Mato Grosso do Sul e de Dourados, no ano de 2018, o percentual mínimo foi atingido e extrapolado, respectivamente em 2,16% e 8,37%. Essa é uma das métricas e não deve ser analisada isoladamente para a verificação da garantia de acesso à saúde nos exatos termos da CF/88, mas serve para indicar a solidez do SUS e sua potencialidade em garantir a integralidade de atendimento na prática.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1824). **Constituição Política do Império do Brasil**. Rio de Janeiro: 1824. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm. Acesso em: 01 jul. 2019.

BRASIL. Constituição (1891). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro: 1891. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm.Acesso em: 01 jul. 2019.

BRASIL. Constituição (1934). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro: 1934. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em: 01 jul. 2019.

BRASIL. Constituição (1937). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro: 1937. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm. Acesso em: 01 jul. 2019.

BRASIL. Constituição (1946). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro: 1946. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm. Acesso em: 01 jul. 2019.

BRASIL. Constituição (1967). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: 1967. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm Acesso em: 01 jul. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 01 jul. 2019.

BRASIL. **Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198, da Constituição Federal. Brasília, DF: Congresso Federal, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 01 jul. 2019.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF: Congresso Federal, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 01 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. De 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 04 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS**. Assuntos – Repasses Financeiros – SIOPS – Demonstrativos/Dados informados – Estados – Distrito Federal e Municípios – Cálculo do % aplicado em Saúde – conforme LC 141/2012. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/rel_perc_LC141.php?S=1&UF=50;&Ano=2018&Periodo=20&g=0&e=1. Acesso em: 01 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Nota Técnica n.º 9/2019 – CSIOPS/DESID/SE/MS, de 22/03/2019**. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.

gov.br/images/pdf/2019/marco/25/NT-009-Base-Calculo-ASPS.pdf. Acesso em: 09 jul. 2019.

CAMPOS, Juliana Rose Ishikawa da Silva. Direito fundamental à saúde: uma análise da proteção jurídica às pessoas acometidas por neoplasia maligna. **Revista Videre**, [S.l.], v. 7, n. 13, p. 34-48, mar. 2016. ISSN 2177-7837. Disponível em: https://ojs.ufgd.edu.br/index.php/videre/article/view/3861/2608. Acesso em: 25 out. 2021.

CARDOSO, Henrique Ribeiro. **O Paradoxo da Judicialização das Políticas Públicas de Saúde no Brasil:** Um ponto cego do direito? 1ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

CARPINTÉRO, J. N. C. **Custos na área de saúde:** considerações teóricas. In: VI Congresso Brasileiro de Custos. FEA/USP São Paulo, São Paulo, Anais... 29 de junho a 02 de julho de 1999. Disponível em: https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/3193. Acesso em: 01 jul. 2019.

CARVALHO, Adriana Duarte de Souza. Justiça social e saúde: o controle judicial de políticas públicas. **Revista Videre**, [S.l.], v. 8, n. 16, p. 22-44, fev. 2017. ISSN 2177-7837. Disponível em: https://ojs.ufgd.edu.br/index.php/videre/article/view/5377/3106. Acesso em: 25 out. 2021.

HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass R. **The Cost of Rights:** Why Liberty Depends on Taxes. New York: W. W. Norton and Company, 2000.

MEDEIROS, K. R. de. *et al.* Bases de dados orçamentários e qualidade da informação: uma avaliação do Finanças do Brasil (Finbra) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1113-1133, out. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122014000500003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em 07 jul. 2019.

MAPELLI JÚNIOR, Reynaldo. **Judicialização da saúde:** regime jurídico do SUS e intervenção na administração pública. 1ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Políticas de saúde:** organização e operacionalização do sistema único de saúde. Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=Fea2p52MaJM2cLVFTBKj_BnBgf8C-sVWqqDuRwEFUjQ,. Acesso em: 08 jul. 2019.

NABAIS, José Casalta. **A face oculta dos direitos fundamentais:** os deveres e os custos dos Direitos. In: NABAIS, José Casalta. Por uma liberdade com responsabilidade: estudos sobre direitos e deveres fundamentais. Coimbra: Coimbra Ed., 2007.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris: Assembleia Geral da ONU, 1948. Disponível em: https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf. Acesso em: 01 jul. 2019.

OEA. **Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem**. Bogotá: Nona Conferência Internacional Americana, 1948. Disponível em: https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/b.declaracao_americana.htm. Acesso em 01 jul. 2019.

OEA. **Protocolo Adicional à Convenção Americana de Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, "Protocolo de San Salvador".** San Salvador: Décimo Oitavo Período Ordinário de Sessões da Assembléia Geral. 1988. Disponível em: http://www.cidh.org/basicos/portugues/f.Protocolo_de_San_Salvador_Ratif..htm. Acesso em: 01 jul. 2019.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos,** Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf. Acesso em 01 jul. 2019.

RODRIGUEZ, José Luis Castro. **A efetivação judicial do Direito fundamental à saúde e o orçamento público.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

SANTOS, Lenir. **SUS**: contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde. Instituto de Direito Sanitário Aplicado. Campinas, SP, 2006. Disponível em: http://idisa.org.br/site/documento_3579_0__sus:-contornos-juridicos-da-integralidade-da-atencao-a-saude.html. Acesso em 09 jul. 2019.

SOUZA, Renilson Rehem de. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro.** Seminário Internacional - Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, Brasil. De 11 a 14 de agosto de 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em: 08 jul. 2019.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. **Financiamento da saúde pública no Brasil:** a experiência do Siops. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003. Disponível em https://www.scielosp.org/pdf/csc/2003.v8n2/379-391/pt. Acesso em: 09 jul. 2019.