

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E RELAÇÕES INTERNACIONAIS**

SANDRA MOURA NETO MAZZAROTTO

**O FINANCIAMENTO DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO NA REDE PÚBLICA DE
SAÚDE**

FLORIANÓPOLIS 2016

SANDRA MOURA NETO MAZZAROTTO

**O FINANCIAMENTO DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO NA REDE PÚBLICA DE
SAÚDE**

FLORIANÓPOLIS 2016

Monografia submetida ao Curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito obrigatório para a obtenção do grau de Bacharelado.

Orientadora: Carmen Rosario O. G. Gelinski

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS**

A banca examinadora resolveu atribuir a nota 8,00 à aluno **SANDRA MOURA NETO MAZZAROTTO** na disciplina CNM 7107 – Monografia, como requisito obrigatório para a obtenção do grau de Bacharelado em Ciências Econômicas.

Banca Examinadora:

Prof. Carmen Rosario O. G. Gelinski
(Orientadora)
(UFSC)

Prof. João Randolfo Pontes
(UFSC)

Prof. Guilherme do Vale Moura
(UFSC)

FLORIANÓPOLIS, 2016

Dedico este trabalho aos meus pais, Núbia e José, alicerces da vida e a minha filha Bruna melhor parceira nesta caminhada.

Muito bom poder contar com vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, cientista de todas as coisas, por me privilegiar com a companhia de pessoas tão especiais como a minha família e amigos.

A minha orientadora admirável, paciente e dedicada. Obrigada pela confiança, ensinamentos e motivação.

Aos meus adorados pais Núbia e José que sempre me apoiaram em tudo e foram minha referência e porto seguro. Muito bom aprender com vocês, conviver com a alegria, otimismo e entusiasmo da minha mãe e a proteção do meu pai. Concluí este trabalho por vocês.

Ao meu amor maior, Bruna, filha, amiga, grande apoiadora e parceira na vida. Você é a minha força para continuar a jornada, “presentinho do Papai do Céu” e motivo de muito orgulho. Obrigada por existir e também pela consultoria técnica para assuntos de edição.

Paulo Guilherme, meu sobrinho amado, amigo, futuro grande médico e companheiro de conversas sobre sistemas de saúde, políticas públicas e principalmente sobre a vida. Agradeço muito por ter você por perto.

Minha maravilhosa Tia Mariana Costa, que desde sempre faz parte da minha vida. Obrigada por todo cuidado e carinho nas horas boas e ruins.

À minha grande amiga Lilian Souza, conquistada no período da faculdade. Por sua amizade e cumplicidade incondicional.

A minha médica, Danielle Ventura de Castro, melhor hematologista, alquimista, que com suas poções contribuiu para eu estar por aqui e poder concluir este trabalho.

A todo corpo docente do Departamento de Economia da UFSC.

“Dizem que a vida é para quem sabe viver, mas ninguém nasce pronto. A vida é para quem é corajoso o suficiente para se arriscar e humilde o bastante para aprender.”

Clarice Lispector

RESUMO

Esta monografia trata do financiamento do tratamento oncológico na rede pública, seus mecanismos de arrecadação, gastos e políticas específicas de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, denominada Política Nacional de Atenção Oncologia. Iniciamos o trabalho conceituando a Economia da Saúde, base para todo e qualquer estudo na área de políticas de saúde (públicas ou privadas), que unifica conhecimentos adquiridos na área da Medicina aos conceitos na área das Ciências Econômicas. Através da Avaliação Econômica em Saúde, importante ferramenta da disciplina, gestores tomam suas decisões visando uma melhor alocação de recursos escassos e buscando pela máxima eficiência do setor. O interesse por esta temática surgiu devido ao crescimento da doença no Brasil e no Mundo e que em menos de trinta anos possivelmente será a primeira causa de morte no país e com certeza impactará os cofres públicos devido a seu alto custo e ao tempo que o paciente fica em tratamento. Nessa perspectiva o estudo expõe o Sistema de Saúde Brasileiro, com um breve histórico sobre o tema até chegar a implementação do SUS - Sistema Único de Saúde, o sistema público do Brasil, seus desafios macroeconômicos, microeconômicos e de financiamento.

Palavras chave:

Economia da Saúde. Saúde Publica. Financiamento Tratamento Cancer.

ABSTRACT

This thesis deals with the financing of cancer treatment in the public network, its fund collection mechanisms, expenditures, and specific policies for prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation, and palliative care, called the National Policy of Attention Oncology. The study begins by conceptualizing Health Economics, the basis for any study in the area of health policies (public or private), unifying knowledge acquired in the area of Medicine to concepts in the area of Economic Sciences. Through the Economic Evaluation in Health, an important tool of the discipline, managers make their decisions aiming at a better allocation of scarce resources and seeking the maximum efficiency of the sector. Interest in this issue has arisen due to the growth of the disease in Brazil, and worldwide. In less than thirty years cancer is estimated to be the first cause of death in the country, and will certainly impact the public finances due to its high cost, and the duration of the treatment. In this perspective, the study exposes the Brazilian Health System, with a brief history on the subject until the implementation of SUS - Sistema Único de Saúde, how public system works in Brazil, its macroeconomic, microeconomic and financing challenges.

Key words:

Health Economics. Public Health. Funding Cancer Treatment.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 TEMA E PROBLEMA DA PESQUISA	12
1.2 OBJETIVOS	13
1.2.1 Objetivo Geral	13
1.2.2 Objetivos Específicos	13
1.3 METODOLOGIA.....	13
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO	14
2 ECONOMIA DA SAÚDE.....	15
3 A SAÚDE NO BRASIL.....	19
3.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	19
3.2 SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL	20
3.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	21
3.4 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA – SUS.....	24
3.5 DESMEMBRANDO OS RECURSOS DO SUS.....	29
4 TRATAMENTO ONCOLÓGICO NO BRASIL.....	37
4.1 A EVOLUÇÃO DO CANCER NO BRASIL.....	37
4.2 FINANCIAMENTO DO TRATAMENTO DE CÂNCER NO BRASIL.....	43
5 CONCLUSÃO.....	49
REFERÊNCIAS	50

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Estrutura Institucional e decisória do SUS.....	23
Figura 2: Evolução dos gastos em saúde - %PIB (1995-2011)	26
Figura 3: Tributos por base de incidência (2009)	30
Figura 4: Orçamento Geral da União por Função (2010)	31
Figura 5: Orçamento da saúde (1991-2009)	32
Figura 6: Evolução do Gasto com Saúde nos Estados e Municípios (1997-2010)....	32
Figura 7: Mortalidade Proporcional (%) Segundo Grupo de Causas 2008 - CID10 ..	40
Figura 8: gastos com oncologia no SUS, com cirurgia, quimioterapia e radioterapia, nos anos entre 2000 e 2014.....	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Análise de países com sistema de saúde universal.....	25
Tabela 2: Gasto federal com ações e serviços públicos de saúde e PIB per capita (1995-2012)	33
Tabela 3: Valores anuais per capita RCB ASPS (1995-2012)	34
Tabela 4: Carga tributária no Brasil relativa ao PIB (1995-2012).....	34
Tabela 5: Participação gasto público dos entes federais com ASPS (1990 a 2012)	35
Tabela 6: Estimativa do número de casos novos de câncer (2016).....	38
Tabela 7: Dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2016 por sexo	39
Tabela 8: Dez tipos de câncer mais incidentes estimados por sexo, no Brasil (2012)	41

1 INTRODUÇÃO

1.1 TEMA E PROBLEMA DA PESQUISA

O câncer representa uma ameaça para todo o ser humano e segundos estudos recentes divulgados por cientistas britânicos confirmando que a doença pode atingir duas em cada três pessoas nascidas hoje. Além disso, as estimativas da *Câncer Research UK* demonstram que metade de todos os adultos nascidos a partir de 1960 pode sofrer com a doença ao longo da vida (PESQUISA TERRA, 2015).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015), de 1940 para 2014 a expectativa de vida dos brasileiros aumentou em quase 30 anos. Por este motivo, aliado a outros fatores comportamentais, genéticos, sociais, bem como o incremento das novas técnicas de diagnóstico, rastreamento e captação, como, por exemplo, os registros de câncer de bases populacionais e hospitalares, diariamente mais pessoas são diagnosticadas com câncer. As estimativas para o ano de 2016 serão válidas também para o ano de 2017, divulgadas pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, prevêem aproximadamente 596 mil novos casos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, desses 49% em mulheres e 51% em homens, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. Sem contar os casos de câncer da pele não melanoma, estima-se um total de 420.310 mil casos novos (INCA, 2016).

São dados alarmantes e antecipam um cenário preocupante, que possivelmente causarão grandes impactos no orçamento da saúde pública.

Diante destas estatísticas, vê-se grande importância em estudar como se compõe o financiamento público para o tratamento e prevenção de neoplasias malignas (câncer), que pode ser a maior causa de morte no futuro próximo.

Este trabalho procura elucidar quais as fontes de financiamento do tratamento do câncer, de onde provém as receitas e de que maneira são aplicadas na rede pública de saúde.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Estudar o financiamento do tratamento de Câncer na rede pública de saúde.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Conceituar o arcabouço teórico da Economia da Saúde;
- b) Apresentar a saúde no Brasil com ênfase na Saúde Pública - SUS e seu financiamento;
- c) Estudar o financiamento do tratamento do câncer na rede pública de saúde – SUS

1.3 METODOLOGIA

Quanto aos meios, a pesquisa é de caráter bibliográfico, pois foram consultados livros e artigos científicos que proporcionaram maior embasamento sobre o assunto e auxiliaram na fundamentação teórica.

A pesquisa bibliográfica traz como principal benefício o fornecimento da base teórica sobre o assunto estudado, a partir de autores com contribuições significativas, para obter definições e entendimentos (VERGARA, 2004).

Os dados foram analisados de maneira qualitativa e quantitativa. O método qualitativo será utilizado para a análise dos dados teóricos obtidos com a pesquisa bibliográfica. O método quantitativo será utilizado para analisar os dados financeiros e estatísticos obtidos na base de dados do IBGE, World Bank e OMS e INCA.

Em relação aos fins o trabalho é explicativo, ou seja, tem como objetivo principal transformar as ações estudadas em dados de fácil compreensão (VERGARA, 2007).

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

O primeiro capítulo compreende a introdução, metodologia e estrutura do trabalho.

O segundo capítulo deste estudo conceitua a Economia da Saúde, importante ferramenta que instrumenta e fundamenta as organizações de saúde, norteador a melhor escolha por medicamentos e procedimentos com eficácia comprovada e a melhor relação custo/benefício apropriado para a instituição.

No capítulo três apresentamos um resumo histórico sobre a saúde pública do país até chegar ao SUS, Sistema de Saúde Pública. Instituído pela Constituição Federal de 1988, considerado um dos maiores do mundo que se apresenta a 80% dos brasileiros como a única forma de acesso e assistência à saúde.

No capítulo 4 caracterizaremos o financiamento do câncer no Brasil e suas particularidades.

O Capítulo 5 se refere à conclusão.

2 ECONOMIA DA SAÚDE

A economia da saúde (ES) conforme Del Nero (1995, p. 20) é “o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta, meios e recursos limitados”.

Os primeiros conceitos de economia da saúde surgiram com a publicação de um artigo do economista estadunidense Kenneth Arrow na revista *American Economic Review* em 1963. Esse artigo teve foco no financiamento e içou a economia da saúde para condição de disciplina. Em 1981, foi elaborado pela organização Panamericana de Saúde (OPS) um projeto para apoiar os programas de formação de administradores na área da saúde que incluiu estudos sobre economia da saúde, onde 250 trabalhos de bibliotecas médicas, destacando-se a Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), e administrativas foram selecionados. Teve também a colaboração de pesquisadores norte americanos e ingleses que, desde 1970 tem elevada contribuição para o desenvolvimento teórico da economia da saúde (DEL NERO, 1995).

Os fundamentos da economia da saúde se baseiam nos tradicionais conceitos econômicos como teoria do consumidor; sistemas econômicos e agregados macroeconômicos, comportamento das empresas e das famílias, orçamento do governo, teoria da produção e dos custos, e avaliação econômica de projetos, com análise de custo, benefício, eficácia, efetividade e utilidade, e, os profissionais administradores da área da saúde utilizam estes recursos em suas análises (DEL NERO, 1995).

A economia da saúde é aplicada para análise das políticas de saúde em vários níveis como: o emprego e os salários de profissionais de saúde e a oferta de mão-de-obra; o estudo de indicadores e níveis de saúde relacionados a variáveis econômicas; o papel dos serviços de saúde no sistema econômico; o comportamento do prestador de serviços e suas relações com o consumidor; as formas de medir o impacto de investimentos em saúde; a análise de custo-benefício, de custo efetividade e de custo-utilidade de serviços ou bens específicos o sistema de produção e distribuição de serviços de saúde (DEL NERO, 1995).

Servem como exemplo de análise na economia da saúde os estudos dirigidos a programas de saúde pública, tais como: combate ao tabagismo, programas de

controle do câncer de mama, de colo e útero, imunizações, doenças sexualmente transmissíveis, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST-AIDS), Estratégia Saúde da Família (ESF) e as políticas públicas dos medicamentos genéricos, dos transplantes e do controle de qualidade do sangue. “O foco não pode ser apenas os dispêndios nesses programas, pois a área da saúde pública, não pode ser vista apenas como um gasto, mas sim como um investimento na economia” (MACHADO, 2015, p. 19).

A economia da saúde procura unificar os conhecimentos adquiridos pela Medicina (segurança do procedimento, eficácia e efetividade da intervenção) ao conceito de eficiência, objetivando munir os gestores de saúde no tocante a tomadas de decisão, sobretudo para melhor aproveitamento dos recursos mediante as necessidades da sociedade. Assim, “eficiência na aplicação dos recursos não se torna sinônimo de economia de verbas, mas sim, a melhor alocação dos recursos disponíveis, levando-se em consideração segurança, eficácia e efetividade das intervenções avaliadas” (MORAES et al., 2006, p. 322).

Na busca pela máxima eficiência do setor de saúde, um dos instrumentos utilizados é “a compreensão da utilização dos recursos, seus custos e os potenciais ganhos de saúde para a população. O conjunto dos estudos que utilizam estes conceitos pode ser chamado de Avaliação Econômica em Saúde (AE)” (MORAES et al., 2006, p. 322).

A Avaliação Econômica em Saúde pode ser descrita como:

[...] uma ferramenta fundamental para as tomadas de decisão na área de saúde, auxiliando os gestores a observarem o real impacto das doenças na sociedade, tanto do ponto de vista de agravo à saúde, como as conseqüências econômicas para a sociedade decorrentes destas doenças. Tem como objetivo principal auxiliar a tomada de decisão, visando uma melhor alocação dos escassos recursos disponíveis (MORAES et al., 2006, p.322).

Ainda segundo Moraes et al. (2006), “a avaliação econômica em saúde deve ser vista sob três diferentes vertentes:

- 1) tipos de avaliação econômica;
- 2) possíveis pontos de vista da análise; e
- 3) diferentes tipos de custos” (MORAES et al., 2006, p. 322).

Sobre os tipos de avaliação econômica, destacam-se a análise custo-efetividade e a custo-benefício. A análise custo-efetividade, a mais abordada pela literatura, e se consiste na comparação entre o custo de um procedimento e o seu resultado final, ou seja, é a metodologia que compara diferentes estratégias de

saúde, colocando-as sobre uma unidade comum de custo (AMATUZZI et al *apud* FERRAZ e SOUZA, 2013).

Já a análise custo-benefício converte os efeitos, inclusive os sociais, de determinada política em unidades monetárias. Essa análise envolve medidas de grande complexidade, pois, não existe consenso na literatura sobre como converter conceitos como vida e condições de saúde em valores monetários (FERRAZ e SOUZA, 2013).

A segunda vertente da Avaliação Econômica em Saúde se refere ao ponto de vista de qual análise será realizada, que pode ser “do paciente, da instituição de saúde, do Ministério da Saúde, da sociedade” (MORAES et al., 2006, p. 322) como um todo, e de outros agentes específicos. O custo é analisado por cada ponto de vista, dependendo do seu próprio interesse¹.

A terceira e última vertente da Avaliação Econômica diz respeito aos diferentes tipos de custos que podem ser classificados em:

- Custos diretos: dizem respeito aos recursos originários da intervenção. São subdivididos em custos médico-hospitalares (custo de medicações, exames, internações, remuneração dos profissionais, consultas médicas e fisioterápicas, cirurgias, entre outros) e custos não médico-hospitalares (transporte de ida e volta ao tratamento, contratação de terceiros para auxílio no tratamento, entre outros);

- Custos indiretos: que não estão diretamente relacionados à intervenção. Entretanto, podem provocar custos tanto para os familiares e pacientes, quanto para empregadores ou para sociedade como, por exemplo, o tempo que deixa de trabalhar por algum procedimento médico.

- Custos intangíveis: são os mais difíceis de serem mensurados, pois se dizem respeito ao custo do sofrimento físico e/ou psíquico. É uma avaliação mais complexa e pode tirar o foco da análise.

Segundo (TANAKA e TAMAKI, 2012, p. 822 *apud* FERRAZ e SOUZA, 2013, p.6) “A avaliação Econômica em Saúde é a ferramenta de aprimoramento para se avaliar as conseqüências e os custos de uma política pública na área da saúde para se obter o máximo de eficiência, eficácia e/ou efetividade. Portanto, a avaliação,

¹ Este trabalho é orientado pela 2ª vertente: possíveis pontos de vista.

quer seja ela administrativa quer seja científica serviria como um verdadeiro subsídio para a tomada de decisão”.

“A eficiência na aplicação dos recursos não se torna sinônimo de economia de verbas, mas sim, a melhor alocação dos recursos disponíveis, levando-se em consideração segurança, eficácia e efetividade das intervenções avaliadas” (MORAES et al., 2006, p. 322).

Desta forma, a finalidade da Economia da Saúde não é decidir o que deve ser feito, mas sim, munir de informações os gestores da saúde para melhor alocarem os recursos disponíveis.

3 A SAÚDE NO BRASIL

3.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

No final do século XIX o Estado Brasileiro não se envolvia com a assistência a saúde e, era notável a desigualdade no acesso aos serviços. A cura das enfermidades dependia das instituições filantrópicas mantidas por doações ou pela igreja e por curandeiros. Somente os mais abastados podiam pagar por médicos.

A população estava entregue a sorte e as condições sanitárias da época não contribuía para melhorar este quadro. Importante citar a participação do médico sanitarista Oswaldo Cruz, nomeado em 1902, diretor geral de saúde pública que teve a incumbência de combater a peste bubônica, febre amarela e varíola. Nota-se aí uma preocupação com o coletivo, possivelmente a primeira menção do Estado com o tema saúde.

A edição da lei Eloi Chaves em 1923 e a criação das Caixas de Pensão e Aposentadoria (CAPS) que diziam respeito a proteção social também garantiam assistência médica e fornecimento de medicamentos aos contribuintes, mediante um fundo de contribuição (CORDEIRO, 1981 *apud* BERTOLOZZI E GRECO, 1996).

Durante os anos de 1930 e 1980, o que mais se assemelhava ao sistema de saúde era o seguro social e o acesso só era garantido a quem contribuía. Este sistema era caracterizado por algumas instituições privadas e por muitas públicas, que não mantinham ligações entre si. O Ministério da Saúde era o responsável pelas ações coletivas de saúde e a assistência médica de responsabilidade da Previdência Social. Na era Vargas (1930 a 1945), adotou-se:

[...] um sistema de previdência nacional (seguro nacional) gerido pelo Estado, com o intuito de que os recursos arrecadados fossem destinados aos principais projetos do governo, dentro destes, a saúde. Os operários com carteira assinada (emprego formal) contavam com a “proteção do Estado”, enquanto os desempregados ou trabalhadores informais encontravam-se aquém das ações de assistência à saúde do Estado (MACHADO, 2015, p. 23).

Por aproximadamente 65 anos este sistema predominou no Brasil era direcionado a população urbana, mais precisamente, aos trabalhadores formais e parte do funcionalismo público federal e de alguns estados. Os sistemas eram financiados por contribuições obrigatórias sobre suas remunerações.

Ao restante da população, a maior parte dos brasileiros, sobrava a assistência médica privada, por meio das santas casas ou assistência estatal realizada pelas poucas instituições públicas de saúde existentes, geralmente vinculadas ao governo federal e ao de estados e municípios mais ricos.

Em 1986 realizou-se a VIII Conferencia Nacional de Saúde onde são concebidos, pelo Movimento da Reforma Sanitária, as principais noções e fundamentos de um sistema único de saúde. No ano seguinte os trabalhos da Comissão de Saúde da Assembléia Constituinte sofrem influencia deste relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Com a promulgação da constituição federal de 1988 criou o sistema único de saúde, SUS, e implantou-se o conceito de seguridade social.

3.2 SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL

O Sistema de Saúde Brasileiro é formado por pelo menos dois subsistemas: um governamental, o Sistema Único de Saúde (SUS) e outro privado, o Sistema Supletivo de Assistência Médico (SSAM), também legitimado na mesma Constituição de 1988, e, sob a ótica operacional há vários pontos de congruência entre os dois subsistemas.

Ressalta-se que sistemas de saúde são:

[...] construções sociais que têm por objetivo garantir meios adequados para que os indivíduos façam frente a riscos sociais, tais como o de adoecer e necessitar de assistência, para os quais, por meios próprios, não teriam condições de prover. Desta forma, os sistemas de saúde têm como compromisso primordial garantir o acesso aos bens e serviços disponíveis em cada sociedade para a manutenção e a recuperação da saúde dos indivíduos (SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL, 2016, p. 1).

Os sistemas de saúde são financiados exclusivamente por recursos públicos (impostos, contribuições e renúncia fiscal) ou fundos privados (desembolso direto, co-pagamento) e alternativamente por um mix destas fontes. Destacam-se quatro principais meios de financiamento da saúde: assistencialista, previdencialista, universalista unificado e universalista diversificado (SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL, 2016).

Modelo Assistencialista: se caracteriza por mix de recursos públicos e privados, focado em subsídio estatal para as camadas de baixa renda. O sistema de saúde dos Estados Unidos se aproxima deste modelo;

Modelo Previdencialista: também se trata de um mix de recursos públicos e privados, mas neste caso focado nos trabalhadores formais por meio de uma espécie de seguro (contribuição social compulsória). O sistema de saúde brasileiro antes do SUS se enquadra neste modelo;

Modelo universalista unificado se utiliza exclusivamente de recursos públicos se caracterizando como de cobertura universal. É o modelo predominante no Estado de Bem Estar Social, tais como o sistema de saúde inglês e o dos países escandinavos;

Modelo universalista diversificado: praticamente incorpora fontes de todos os modelos anteriores, se constituindo em mix de recursos públicos e privados, focado nas camadas de baixa renda, nas médias e nos trabalhadores formais. O sistema chileno do final da década passada serve como ilustração deste modelo (SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL, 2016).

3.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A promulgação da Carta Magna de 1988 (CF/1988) estabeleceu o direito à saúde no Brasil. A efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 teve como intuito um atendimento universal e integral à população brasileira, constituindo como a maior política de inclusão social já idealizada no país e se apresenta a 80% dos brasileiros como a única forma de acesso e assistência a saúde.

Art. 196. A saúde é 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 (Constituição Federal, 1988).

Inspirado no sistema de saúde Inglês, o *National Health Service*, o SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos do mundo e descrito pelo Ministério da Saúde como "um sistema impar no mundo, que garante acesso integral, universal e igualitário à população brasileira, do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos" e está regulado pela Lei 8.080/1990.

A concepção de um sistema de saúde universal em um país em desenvolvimento com as características do Brasil, isto é, grande extensão territorial, populoso, com carência de recursos financeiros, marcado por grande heterogeneidade regional, desigualdade e exclusão social é um desafio abissal. O

modelo federativo do Brasil, praticamente único no mundo, com 5570 municípios aumenta a dificuldade de estruturação (SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL, 2016).

Os números do SUS impressionam. Segundo o Portal da Saúde, 2013, são mais de 200 milhões de pessoas beneficiadas, dessas 80% dependem exclusivamente do SUS para ter acesso aos serviços de saúde, ou seja, 152 milhões de pessoas. No ano de 2012 foram realizados 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 19 mil transplantes, 236 mil cirurgias cardíacas, 9,7 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia e 11 milhões de Internações. E, para atender essa população são necessárias 43.081 equipes de unidades básicas de saúde, 34.216 equipes de saúde da família, 215.640 médicos vinculados, 165.323 cirurgiões dentistas e 261.064 e enfermeiros.

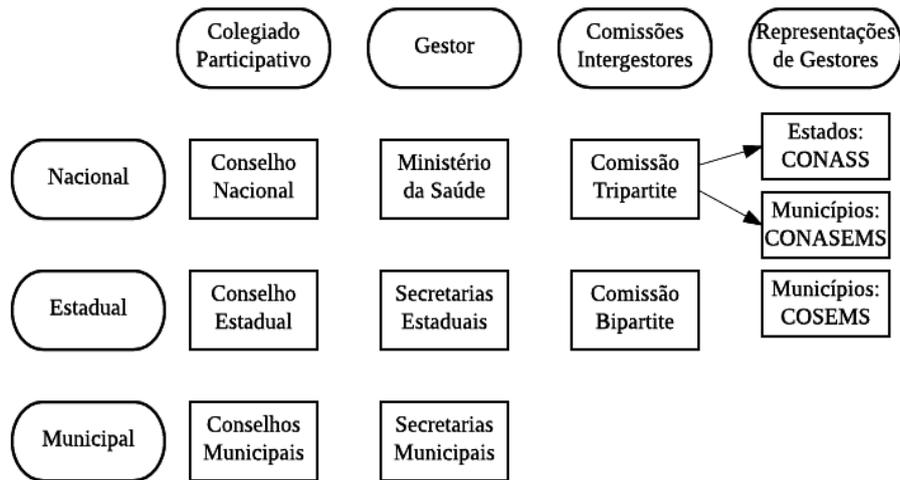
Em 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional (EC) 29, consolidando o Sistema Único de Saúde. A EC 29 fixou a vinculação dos recursos orçamentários que seriam destinados à saúde pelas três esferas de governo, incumbindo o Congresso Nacional de regulamentar a matéria de forma a assegurar que os recursos sejam, efetivamente, empregados no SUS.

Os princípios do SUS são a universalidade no acesso, a igualdade no tratamento e a equidade na distribuição dos recursos. Suas diretrizes são compostas pela descentralização, ou seja, transferência de serviços da esfera federal para a estadual e destes para a municipal, pelo atendimento integral que englobam atividades assistenciais e preventivas e pela participação da comunidade por meio das conferências e conselhos de saúde (BRASIL, 2004).

Desta forma, a gestão do SUS é feita em cada esfera de governo, isto é, na União o comando é do Ministério da Saúde, nos Estados das Secretarias Estaduais de Saúde e nos Municípios das Secretarias ou Departamentos Municipais de Saúde, verificado no diagrama. Este mecanismo descentralizado permite aos Municípios efetivar planos de ação adaptados às necessidades locais e ou regionais. (SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL, 2016).

[...] esse modelo pressupõe uma articulação estreita entre a atuação de: a) gestores do sistema em cada esfera de governo; b) instâncias de negociação e decisão envolvendo a participação dos gestores das diferentes esferas, a Comissão Intergestores Tripartite (no âmbito nacional) e as Comissões Intergestores Bipartites (uma por estado); c) conselhos de representação dos secretários de saúde no âmbito nacional (Conass e Conasems) e estadual (Cosems); d) conselhos de saúde de caráter participativo no âmbito nacional, estadual e municipal. O figura 1 sistematiza o arcabouço institucional e decisório vigente no SUS” (MATTA e Pontes, 2013, pág 148).

Figura 1: Estrutura Institucional e decisória do SUS



Fonte: SAS/MS, (2002).

Atualmente é o Pacto pela Saúde, um conjunto de reformas institucionais do SUS revisado anualmente, pactuado entre as três esferas da gestão, União, estados e municípios. que estabelece metas e compromissos para cada ente da federação em prazos definidos

Serviços como Unidades Básicas ou Postos de Saúde, Média Complexidade (Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais Escolas) e Alta Complexidade (Hospitais de Grande Porte) compõem a assistência do SUS, integradas em duas redes: a própria e a contratada. Após a descentralização (a partir de 1993) houve uma diminuição da rede federal de assistência restringindo-se a alguns serviços de referência nacional, tais como os da Fundação Sarah e o Instituto Nacional do Câncer (INCA). A rede estadual é composta por hospitais terciários de referencia regional, alguns secundários e por ambulatórios especializados. A rede municipal é bastante diversificada, dependendo do tamanho do município e conta com maior regularidade pela presença de Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde complementados por hospitais secundários (SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL, 2016).

A rede contratada é composta geralmente por hospitais e clínicas na área de imagens e diálise, predominando os de natureza não lucrativa como as santas casas (que dependem da remuneração do SUS). Estes estabelecimentos recebem vários subsídios estatais (tais como não recolhimento da contribuição patronal devida ao

INSS e desoneração de impostos) por exercerem filantropia (SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL, 2016).

Apesar do tamanho significativo do SUS, a rede de serviços é completamente insuficiente frente a demanda o que dificulta o acesso ao sistema para a utilização de vários de seus serviços.

3.4 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA – SUS

O financiamento da saúde desperta inúmeros debates no que se refere a melhor utilização e alocação de recursos para toda a sociedade. Vários países se deparam com custos crescentes do cuidado com a saúde, independentemente do modelo de financiamento adotado ser público ou privado, baseado em arrecadação de tributos ou através do custeio direto dos usuários (MORAZ et al, 2015).

Os gastos crescentes em saúde junto à necessidade de se buscar eficiência na alocação de recursos ensejam significativas discussões de políticas públicas. No Brasil, nos últimos anos, foram tomadas inúmeras iniciativas na tentativa de incorporar as evidências científicas no processo de decisão coletiva (MORAZ et al., 2015).

No processo de implantação do Sistema único de Saúde (SUS) a questão do financiamento é um dos maiores desafios. Apesar do problema dos recursos escassos, temos outros temas que precisam ser analisados como, por exemplo, a forma como a união participa do financiamento (UGÁ et al., 2003). Questões polêmicas no âmbito da saúde deveriam ser regulamentadas por lei complementar. No entanto, vinte e cinco anos após a promulgação da Constituição Federal as regulamentações ainda se arrastam em meio aos diferentes interesses no âmbito do executivo e legislativo (SOARES e SANTOS, 2014).

O SUS é financiado por recursos que provêm de três fontes principais: recursos de tributos e contribuições federais, recursos de tributos estaduais e recursos da arrecadação tributária municipal.

Quanto aos tributos, é necessário desmembrá-los em impostos e contribuições sociais. “Os impostos não têm alocação pré-definida, ou seja, os governantes os destinam as áreas de sua estratégia de política vigente”. Já, as contribuições sociais, no caso da saúde, “são destinadas ao Orçamento da

Seguridade Social (OSS), por isso, estas têm um destino específico”. E ainda, “os tributos podem incidir sobre os indivíduos, as empresas e as transações comerciais de produtos e serviços” (UGA et al. 2012 *apud* MACHADO, 2015, p. 29).

A partir da implantação do SUS, como sistema universal, a saúde passa a integrar o bojo da Seguridade Social, juntamente com a assistência e previdência social.

Poucos são os países capitalistas que oferecem um sistema público de saúde universal. Este pequeno grupo é formado por Brasil, Reino Unido, Austrália, Canadá, Suécia e França.

Avaliando outros sistemas de saúde, observa-se que a aplicação de recursos nas diversas áreas e políticas sociais deve considerar o percentual do PIB aplicado, o gasto per capita e o percentual do gasto público. Apesar de apresentar um percentual do PIB gasto com a saúde razoável, se comparado a outros países de sistema universal, o Brasil revela um gasto per capita muito aquém do esperado, refletido pelo baixo percentual do investimento público no sistema (DUMOND, 2012).

A tabela 1 apresenta os países com o mesmo sistema brasileiro de saúde, ou seja, com sistema de saúde de acesso universal, segundo % do PIB do gasto setorial, per capita público (em US\$PPP) e % do gasto público em relação ao gasto total com saúde, 2007:

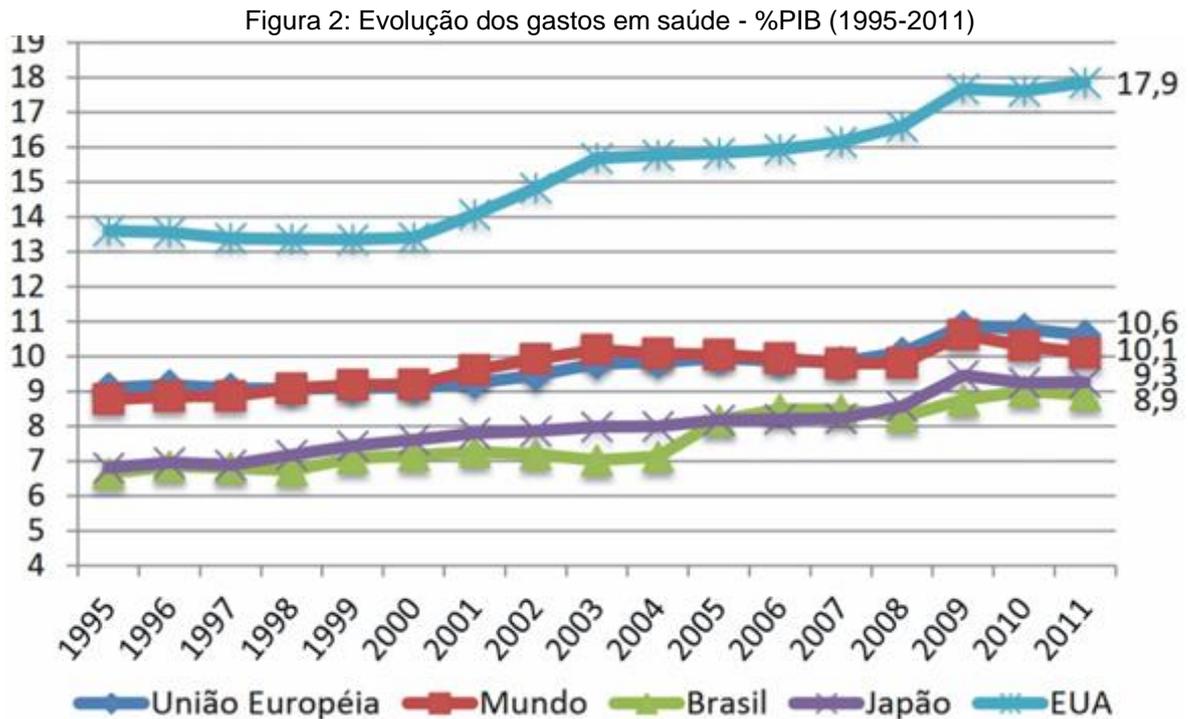
Tabela 1: Análise de países com sistema de saúde universal

PAÍSES	% DO PIB	PER CAPTA PÚBLICO em US\$	% DO GASTO PÚBLICO
Austrália	8,9	2,266	67,5
Brasil	8,4	348	41,6
Canadá	10,1	2,730	70,0
Cuba	10,4	875	95,5
Reino Unido	8,4	2,446	81,7
Suécia	9,1	2,716	81,7

Fonte: DUMOND, (2012, pág 39)

Em 2014 o orçamento brasileiro dedicado ao setor permaneceu um dos piores da lista. Para se ter uma idéia, o Brasil investiu 6,7% do seu orçamento, (menos que em 2007 do quadro acima) enquanto os outros cinco países gastam entre 14,9% e 27,9% do orçamento do governo na área (Conheça o “SUS” de outros cinco países, 2016).

O gráfico abaixo mostra a evolução dos gastos em saúde (%PIB), público e privado, na União Européia, Brasil, Japão, Estados Unidos e Mundial entre os anos de 1995 a 2011.



A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, define os percentuais de investimento financeiro de cada esfera no SUS. Municípios devem aplicar no mínimo 15% da arrecadação de imposto em ações e serviços públicos de saúde por ano. Já o Estado, 12%. Para o governo federal, o total aplicado deve corresponder ao valor comprometido no exercício financeiro antecedente, adicionado do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior ao da lei orçamentária anual. Como se percebe, a lei complementar de 2012 não fixou percentual a ser aplicado pela União em Ações e Serviços Públicos de Saúde, o que é um problema muito sério, principalmente com baixo crescimento do PIB e inflação positiva (BRASIL, 2012).

A base vinculável da receita é composta por impostos próprios e transferências para cumprimento da Emenda Constitucional nº 29, conforme seguem:

- Receitas de impostos estaduais:

ICMS – Imposto sobre operações relativas à Circulação de Mercadorias e prestação de Serviços de transporte interestadual e de comunicação

IPVA – Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores

ITCMD – Imposto sobre a Transmissão causa mortis e Doações de

bens e Direitos

- Receitas de impostos municipais:

IPTU – Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana

ISS – Imposto sobre Serviços de qualquer natureza

ITBI – Imposto sobre transmissão de bens e imóveis intervivos

- Receitas de impostos transferidos pela União aos estados:

FPE – Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal

IRRF – Imposto de Renda Retido na Fonte

IPI Exportação – Imposto sobre Produtos Industrializados Importados

ICMS Exportação (Lei Kandir) – Lei Complementar no 87/96

- Receita de impostos transferidos pela União aos municípios:

ITR – Imposto Territorial Rural

FPM – Fundo de participações dos Municípios, IRRF, ICMS, IPVA,

IPI exportação, ICMS Exportação (Lei Kandir)

- Transferências financeiras constitucionais e legais dos estados aos municípios:

ICMS (25%), IPVA (50%),

IPI Exportação (25%),

ICMS Exportação

– Lei Kandir (25%)

(Ugá & Santos) 2005.

Apesar do aumento na evolução dos gastos públicos com saúde deve-se discutir amplamente o financiamento do SUS; pois, conforme Menicucci (2007, p. 209), “a ausência de fontes estáveis de financiamento *vis-à-vis* ao aumento da demanda a partir da universalização da cobertura levou a uma degradação de qualidade dos serviços de saúde [...] nos primeiros anos de SUS”.

Segundo Mendes (2013), “atualmente, após 25 anos de criação, o SUS ainda tem muitos problemas a solucionar. São três grandes desafios:

- 1) a organização macroeconômica do sistema de saúde no Brasil;
- 2) a organização microeconômica expressa no modelo de atenção à saúde que pratica;
- 3) o financiamento.”

Do ponto de vista da organização macroeconômica, o SUS foi idealizado como um sistema público de saúde universal, Beveridgiano (a saúde é direito

humano e constitucional cujo objetivo é o aumento da coesão social e universalização da atenção a saúde), que se caracteriza por financiamento público (através de impostos gerais), universalidade de acesso, prestação de serviços público/privado, direito dos cidadãos e dos órgãos prestadores de serviços (MENDES, 2013).

Com o tempo, a idéia constitucional de um sistema de saúde de abrangência universal, vem se afastando do modelo idealizado e se transformando em um modelo de sistema de saúde segmentado (agrupam diferentes modelos institucionais segundo diferentes clientelas, separando-as -as em nichos institucionais individuais).

O resultado disto é uma relação vertical em cada segmento e uma separação horizontal entre eles. Cada segmento (público ou privado) é responsável pelas macrofunções de financiamento, regulação e prestação de serviços para sua clientela específica ².

Concebido como um sistema universal, o SUS vem se apresentando como um subsistema público de saúde que convive com um subsistema privado de saúde suplementar e outro subsistema privado de desembolso direto (MENDES, 2013).

Com relação a organização microeconômica, pode-se afirmar que o motivo deste problema está na evolução rápida dos fatores contingenciais do sistema de saúde (transição demográfica, transição nutricional, transição epidemiológica e inovação tecnológica) e a baixa velocidade desse sistema em adaptar-se a essas mudanças por meio de reformas internas (cultura organizacional, arranjos organizativos, modelos assistenciais, modelos de financiamento, sistemas de incentivos e liderança).

O terceiro desafio, o financiamento do SUS, é feito três esferas da federação. Os Estados e municípios vêm aumentando seus gastos em saúde e chegaram ao limite definido pela Emenda Constitucional 29, entretanto os gastos federais em saúde vêm decrescendo e as tentativas de aumentar os gastos federais em saúde são frustradas. Estima-se que seria necessário quase dobrar o orçamento do

² Os Estados Unidos são um exemplo de sistema segmentado com sistemas públicos específicos para pobres (*Medicaid*), idosos (*Medicare*) e veteranos de guerra e sistema privados para quem pode pagar por si ou por meio de empresas.

Ministério da Saúde para chegar-se a uma relação que torne viável a universalização da saúde.

3.5 DESMEMBRANDO OS RECURSOS DO SUS

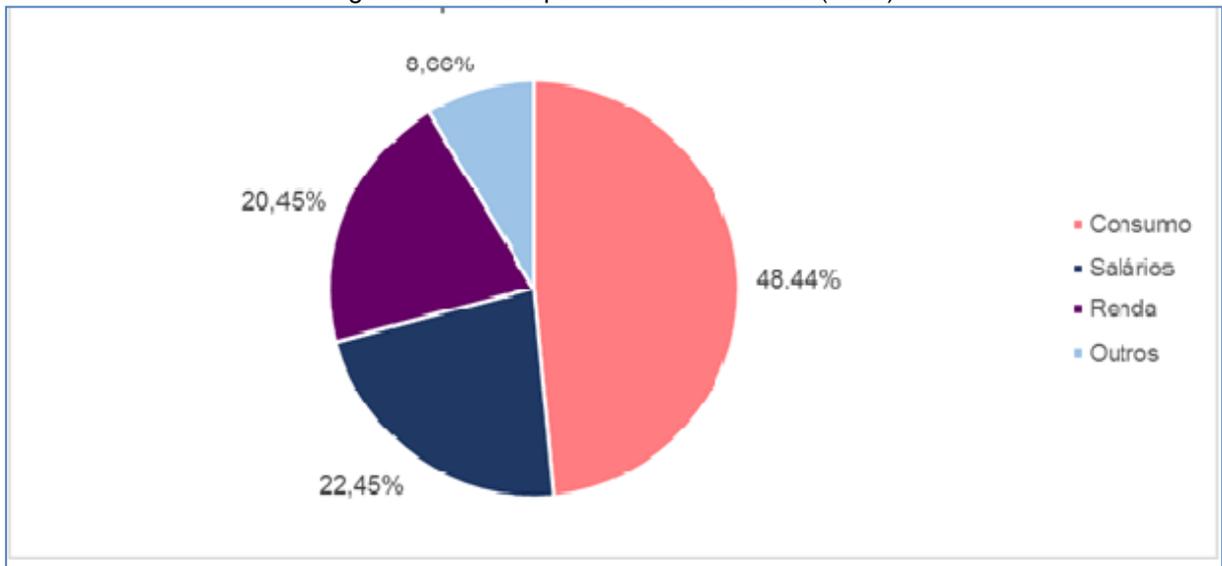
Destaca-se que, os recursos orçamentários vinculados ao orçamento da seguridade social são as contribuições sociais. Segundo Cislaghi (2011 et al., p. 3-4):

“Elas representaram entre 2000 e 2007, em média, 90% do total de recursos da seguridade [...], demonstrando a pouca participação dos recursos do orçamento fiscal no período. Entre elas as mais significativas são as Contribuições previdenciárias (média de 45,52% de participação entre 2000 e 2007), a Contribuição sobre o lucro líquido das empresas - CSLL (média de 6,88%) e a Contribuição para o financiamento da seguridade social - COFINS (média de 26,28%)”.

Uma lógica cruel é revelada na alocação do fundo público no Brasil com relação à seguridade social. Os trabalhadores, além de beneficiários diretos das políticas da seguridade social também são em grande parte os financiadores destas políticas através do pagamento de impostos. O sistema tributário brasileiro é regressivo, baseia-se em tributos indiretos “que não aumentam proporcionalmente conforme aumenta a renda das famílias e são repassados à população no preço de produtos e serviços consumidos”. Dados do IBGE de 2002/2003 revela que “as famílias com renda de até 2 salários mínimos arcam com tributos indiretos 46% da sua renda familiar enquanto famílias com renda de mais de 30 salários mínimos gastam 16% da sua renda com tributos indiretos” (CISLAGHI et al., 2011, p. 4).

Conforme pode ser visto na figura 2 , quase metade dos tributos, em 2009, recaíram sobre o consumo, depois a folha de salários seguido sobre a renda. Outras incidências como sobre o patrimônio, são a menor base de tributação no Brasil (CISLAGHI et al., 2011, p. 4).

Figura 3: Tributos por base de incidência (2009)

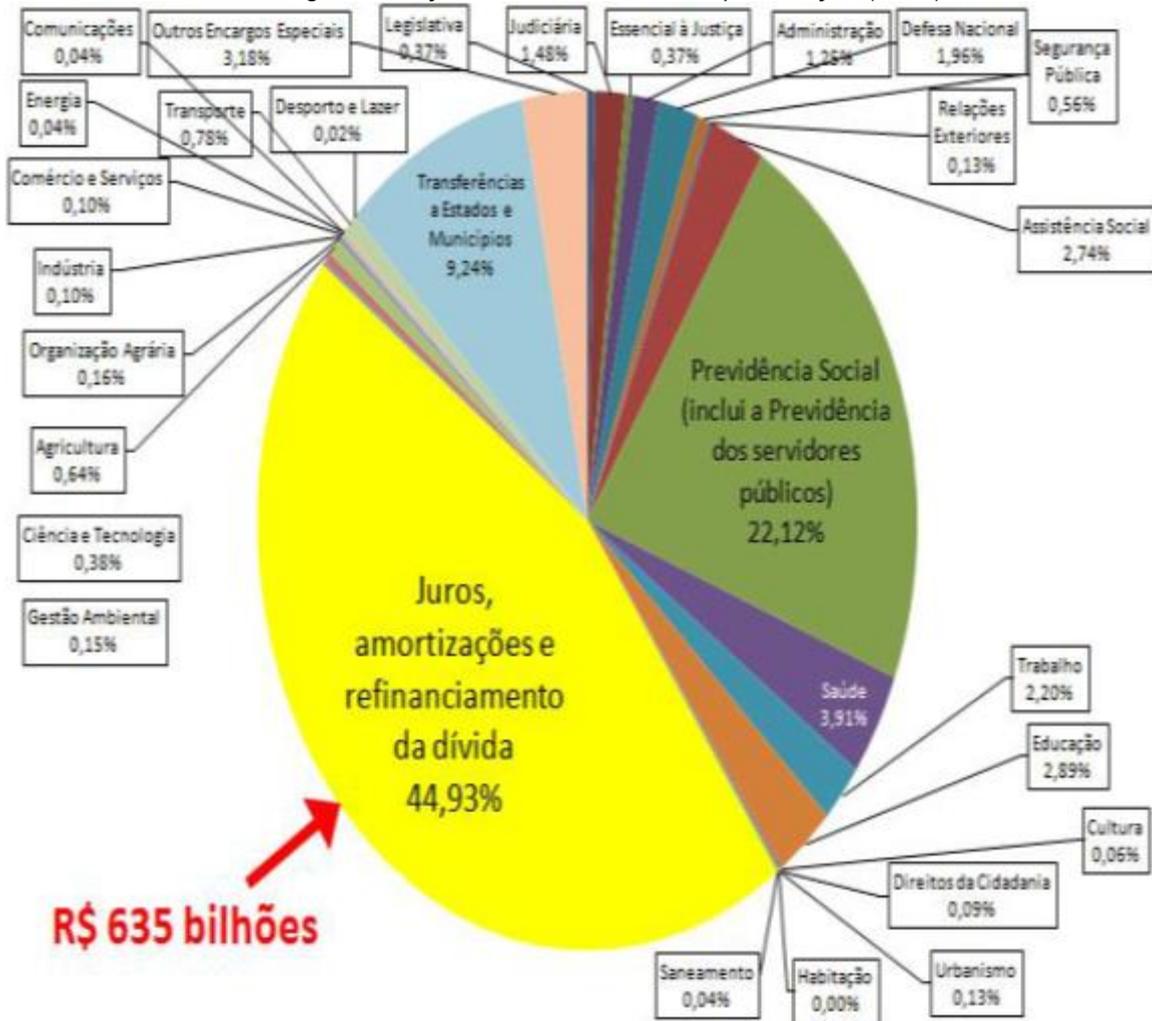


Fonte: Cislighi (2011, p. 5).

Existe uma tendência de crescimento vegetativo no financiamento da seguridade social no Brasil (em torno de 12% do PIB). Já, no tocante à evolução da carga tributária, tem-se um crescimento significativo, sobretudo se considerar que em 1947 a carga tributária brasileira representava 13,8% do PIB; já, em 2010, chegou-se ao patamar de 35,13% do PIB. No entanto, esse crescimento, segundo Cislighi et al (2011, p. 8), “não resulta em crescimento real para o financiamento das políticas da seguridade social e ainda por cima, recaí sobre os trabalhadores, seja através do imposto de renda na fonte ou no consumo, sendo, portanto uma carga tributária regressiva”.

A Figura 3 demonstra (ano base 2010) como a maior parte do orçamento federal é comprometido com pagamento de juros e amortizações da dívida pública. Entre as políticas públicas, apenas a previdência social tem parte expressiva do orçamento. Seus benefícios devem constitucionalmente ser pagos conforme regras legais. Esse fato leva os governos levantar esforços no intento de aprovar contrarreformas para reduzir o direito dos trabalhadores aos benefícios previdenciários (CISLAGHI et al., 2011).

Figura 4: Orçamento Geral da União por Função (2010)



Fonte: Cislaghi (2011, p. 9).

A análise dos gastos de do governo federal em saúde desde a implementação do SUS revela que no início (1991 a 1993) houve um incremento nos recursos para cobrir a ampliação da cobertura frente à universalização do sistema. Depois, os mesmos ficam estagnados numa faixa entre 40 e 50 bilhões de reais (figura 4).

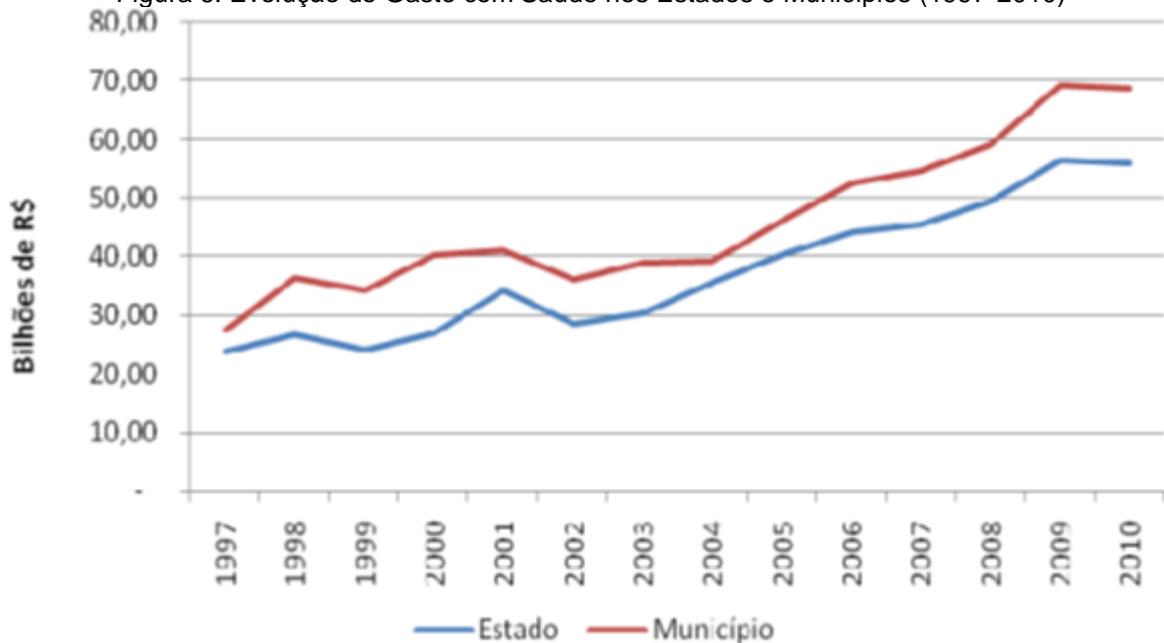
Figura 5: Orçamento da saúde (1991-2009)



Fonte: Cislghi (2011, p. 10).

Quanto ao valor destinado ao SUS pelos três entes federados, o montante não ultrapassa o limite de 3,7 % do PIB. No período de 1997 a 2010, os recursos gastos na função saúde nos estados e municípios aumentaram respectivamente 134,7% e 151,8%. Em 2009, o estado investiu o montante de R\$ 55,7 bilhões e os municípios o valor de R\$ 68,8 bilhões, superando o montante de R\$ 55,4 bilhões executados pelo governo federal (CISLAGHI et al., 2011).

Figura 6: Evolução do Gasto com Saúde nos Estados e Municípios (1997-2010)



Fonte: Cislghi (2011, p. 11).

Segundo estudo do financiamento do sistema único de saúde nos governos FHC, Lula e Dilma, o gasto federal com saúde, no tocante ao PIB, variou 1,8% nos anos de 2011 a 2012 e 1,6% entre 1995 e 1996. Os dados revelam que os gastos com Ações e Serviços Públicos de Saúde, ASPS, crescem mais do que o PIB, mas com uma participação percentual com relação a este quase que linear, com média de 1,7% entre 1995 e 2012 (tabela 2).

Tabela 2: Gasto federal com ações e serviços públicos de saúde e PIB per capita (1995-2012)

Períodos	Valores Anuais				
	Gasto Federal ASPS* per capita	Variação %	PIB per capita	Variação %	% PIB
Média 1995-1998	222,54	-	13.907,46	-	1,6
Média 1999-2002	251,41	13,0	14.685,03	5,6	1,7
Média 2003-2006	276,81	10,1	16.423,63	11,8	1,7
Média 2007-2010	339,90	22,8	20.201,75	23,0	1,7
Média 2011-2012	400,06	17,7	22.448,27	11,1	1,8
Média 1995-2012	286,82	..	16.987,11
5º/1º Período	79,77%	..	61,41%

Fonte: Soares e Santos (2014, p. 21).

A Receita Corrente Bruta Federal (RCB) (tabela 3), cresceu 115,4%, comparando-se o 2011/2012 e 1995/1998, em média anual. Em contrapartida, observa-se que o gasto federal com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) cresceu menos (79,8%) entre 1995 e 2012..

Tabela 3: Valores anuais per capita RCB ASPS (1995-2012)

Anos/Períodos	Valores Anuais per capita				
	Arrecadação RCB*	Variação %	Gasto ASPS**	Variação %	% receita
Média 1995-1998	2.637,7	..	222,5	..	8,4
Média 1999-2002	3.207,6	21,6	251,4	13,0	7,8
Média 2003-2006	3.908,4	21,8	276,8	10,1	7,1
Média 2007-2010	4.921,7	25,9	339,9	22,8	6,9
Média 2011-2012	5.682,1	15,5	400,1	17,7	7,0
Média 1995-2012	3.892,6	..	286,8	..	7,4
5º/1º Período	115,42%	..	79,77%

Fonte: Soares e Santos (2014, p. 22).

A carga tributária no Brasil situou-se, na média do período de 1995 a 2012, em 33,36% do PIB (tabela 4). A União teve uma participação relativa de 68,36% desse percentual (22,88% PIB), os estados com 26,51% (8,82% do PIB) e os municípios 5,13% (1,72% do PIB).

Tabela 4: Carga tributária no Brasil relativa ao PIB (1995-2012)

Anos/Períodos	Carga Tributária (Participação relativa e % do PIB)						% PIB
	União		Estados		Municípios		
	Part. %	% PIB	Part. %	% PIB	Part. %	% PIB	
Média 1995-1998	68,24	19,54	27,03	7,73	4,74	1,36	28,63
Média 1999-2002	68,08	22,80	27,21	9,10	4,71	1,58	33,48
Média 2003-2006	68,80	23,90	26,14	9,08	5,06	1,76	34,73
Média 2007-2010	68,68	24,31	25,86	9,14	5,46	1,93	35,62
Média 2011-2012	67,66	23,93	26,12	9,24	6,22	2,20	35,36
Média 1995-2012	68,36	22,78	26,51	8,82	5,13	1,72	33,36
5º/1º Período	-0,85%	22,47%	-3,36%	19,53%	31,36%	62,06%	23,53%

Fonte: Soares e Santos (2014, p. 23).

Analisando o gasto público dos entes federados com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), período de 1990 a 2012 (tabela 5), verifica-se que a participação relativa da União nas despesas com ASPS observou uma acentuada queda de 38,4% (28,58 pontos percentuais – p.p).

Tabela 5: Participação gasto público dos entes federados com ASPS (1990 a 2012)

Anos	Participação %		
	União	Estados	Municípios
1990	74,38	13,52	12,10
2000	58,60	20,20	21,20
2010	44,97	26,77	28,26
2012	45,80	25,31	28,89

Fonte: Soares e Santos (2014, p. 23).

De acordo com Dumond, 2012 “com relação à metodologia de repasses de recursos do governo federal, a legislação prevê o repasse Fundo a Fundo, obedecendo aos seguintes critérios de repasse:

- a. perfil demográfico da região;
- b. perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- c. características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- d. desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- e. níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais”.

Dá-se o nome de repasse Fundo a fundo a transferência regular e automática de valores do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos estaduais e municipais, independentemente de convênios ou instrumentos similares.

A Lei no 8.142/90, que normatiza as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, define as alocações de recursos da seguinte forma:

- I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;
- II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
- III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;
- IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Fica estabelecido que os recursos referidos no inciso IV serão destinados a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde (DUMOND, 2012).

Com a criação do Pacto pela Saúde, em 2006, as transferências de Recursos para estados e municípios são feitas em seis (6) blocos de financiamento; a existência de blocos específicos permite maior autonomia dos gestores para investimentos de acordo com as necessidades locais.

Estes blocos são:

- Atenção Básica;
- Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- Vigilância em Saúde;
- Assistência Farmacêutica;
- Gestão do SUS;
- Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

De acordo com o Fundo Nacional de Saúde (2007) “os blocos de financiamento são constituídos por componentes, de acordo com as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados. Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento são transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos”.

4 TRATAMENTO ONCOLÓGICO NO BRASIL

4.1 A EVOLUÇÃO DO CANCER NO BRASIL

No Brasil, a distribuição dos diferentes tipos de câncer, conforme Brasil (2006, p. 11):

[...] sugere uma transição epidemiológica em andamento. Com o recente envelhecimento da população, que projeta o crescimento exponencial de idosos, é possível identificar um aumento expressivo na prevalência do câncer, o que demanda dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) imenso esforço para a oferta de atenção adequada aos doentes. Esta perspectiva deixa clara a necessidade de grande investimento na promoção de saúde, na busca da modificação dos padrões de exposição aos fatores de risco para o câncer.

Segundo a *International Agency for Research on Cancer* (IARC), da Organização Mundial da Saúde (OMS), é inquestionável que o câncer é um problema de saúde pública, notadamente entre os países em desenvolvimento, onde se espera que nas próximas décadas o câncer na população chegue a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025. A estimativa mundial, realizada em 2012, pelo projeto Globocan/IARC, apontou que, dos 14 milhões (exceto câncer de pele não melanoma) de casos novos estimados, “mais de 60% ocorreram em países em desenvolvimento. Para a mortalidade, a situação agrava-se quando se constata que, dos 8 milhões de óbitos previstos, 70% ocorreram nesses mesmos países” (BRASIL, 2015, p. 25).

Os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram:

[...] pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). Nos homens, os mais frequentes foram pulmão (16,7%), próstata (15,0%), intestino (10,0%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%). Em mulheres, as maiores frequências encontradas foram mama (25,2%), intestino (9,2%), pulmão (8,7%), colo do útero (7,9%) e estômago (4,8%) (BRASIL, 2015, p. 25).

A estimativa para o Brasil, biênio 2016-2017, aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (aproximadamente 180 mil casos novos), ocorrerão:

[...] cerca de 420 mil casos novos de câncer. O perfil epidemiológico observado assemelha-se ao da América Latina e do Caribe, onde os cânceres de próstata (61 mil) em homens e mama (58 mil) em mulheres serão os mais frequentes. Sem contar os casos de câncer de pele não melanoma, os tipos mais frequentes em homens serão próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (28,1%), intestino (8,6%), colo do útero (7,9%), pulmão (5,3%) e estômago (3,7%) figurarão entre os principais (BRASIL, 2015, p. 26).

Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (tabela 6).

Tabela 6: Estimativa do número de casos novos de câncer (2016)

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estados		Capitais		Estados		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	61.200	61,82	13.940	64,93	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	57.960	56,20	18.990	79,37
Colo do Útero	-	-	-	-	16.340	15,85	4.550	19,07
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.330	17,49	4.430	20,59	10.890	10,54	3.230	13,49
Cólon e Reto	16.660	16,84	5.560	25,80	17.620	17,10	6.210	25,95
Estômago	12.920	13,04	3.130	14,54	7.600	7,37	2.180	9,07
Cavidade Oral	11.140	11,27	2.780	12,95	4.350	4,21	1.230	5,04
Laringe	6.360	6,43	1.600	7,50	990	0,94	320	0,97
Bexiga	7.200	7,26	2.110	9,79	2.470	2,39	830	3,21
Esôfago	7.950	8,04	1.460	6,75	2.860	2,76	610	2,27
Ovário	-	-	-	-	6.150	5,95	2.170	8,92
Linfoma de Hodgkin	1.460	1,46	450	1,74	1.010	0,93	400	1,33
Linfoma não Hodgkin	5.210	5,27	1.550	7,15	5.030	4,88	1.670	7,02
Glândula Tireoide	1.090	1,08	350	1,27	5.870	5,70	1.800	7,46
Sistema Nervoso Central	5.440	5,50	1.290	5,86	4.830	4,68	1.250	5,20
Leucemias	5.540	5,63	1.370	6,38	4.530	4,38	1.180	4,88
Corpo do Útero	-	-	-	-	6.950	6,74	2.530	10,47
Pele Melanoma	3.000	3,03	840	3,86	2.670	2,59	740	2,96
Outras Localizações	51.850	52,38	11.890	55,45	47.840	46,36	11.820	49,33
Subtotal	214.350	216,48	52.750	245,63	205.960	199,57	61.710	257,55
Pele não Melanoma	80.850	81,66	17.370	80,90	94.910	91,98	21.910	91,65
Todas as Neoplasias	295.200	298,13	70.120	326,51	300.870	291,54	83.620	348,99

*Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: Brasil (2006, p. 56).

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2016 por sexo, exceto pele não melanoma* (tabela 7).

Tabela 7: Dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2016 por sexo

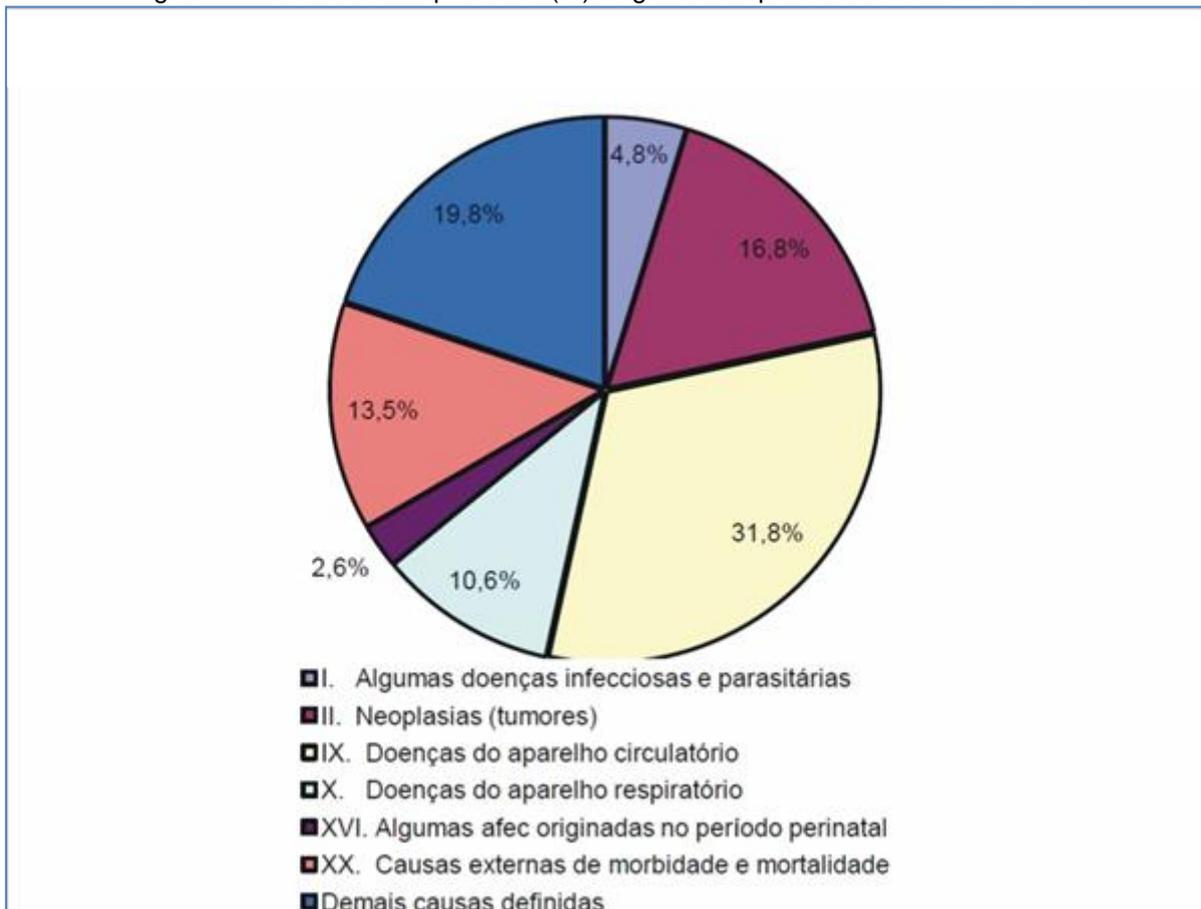
Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%
Próstata	61.200	28,6%	Homens 	Mulheres 	Mama feminina	57.960	28,1%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.330	8,1%			Cólon e Reto	17.620	8,6%
Cólon e Reto	16.660	7,8%			Colo do útero	16.340	7,9%
Estômago	12.920	6,0%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.890	5,3%
Cavidade Oral	11.140	5,2%			Estômago	7.600	3,7%
Esôfago	7.950	3,7%			Corpo do útero	6.950	3,4%
Bexiga	7.200	3,4%			Ovário	6.150	3,0%
Laringe	6.360	3,0%			Glândula Tireoide	5.870	2,9%
Leucemias	5.540	2,6%			Linfoma não Hodgkin	5.030	2,4%
Sistema Nervoso Central	5.440	2,5%			Sistema Nervoso Central	4.830	2,3%

Fonte: Brasil (2006, p. 56).

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis se constituem como um problema de saúde de significativa magnitude. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%) (DAUDT, 2013).

A figura 7 ilustra a mortalidade proporcional segundo grupo de causas em 2008, no Brasil.

Figura 7: Mortalidade Proporcional (%) Segundo Grupo de Causas 2008 - CID10



Fonte: Daudt (2013, p. 19).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. O maior efeito desse aumento vai incidir em países de baixa e média rendas (DAUDT, 2013).

A tabela 8 mostra a distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2012, por sexo, no Brasil.

Tabela 8: Dez tipos de câncer mais incidentes estimados por sexo, no Brasil (2012)

Localização primária					Localização primária		
	casos novos	percentual				casos novos	percentual
			Homens	Mulheres			
Próstata	60.180	30,8%			Mama Feminina	52.680	27,9%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.210	8,8%			Colo do Útero	17.540	9,3%
Côlon e Reto	14.180	7,3%			Côlon e Reto	15.960	8,4%
Estômago	12.670	6,5%			Glândula Tireoide	10.590	5,6%
Cavidade Oral	9.990	5,1%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.110	5,3%
Esôfago	7.770	4,0%			Estômago	7.420	3,9%
Bexiga	6.210	3,2%			Ovário	6.190	3,3%
Laringe	6.110	3,1%			Corpo do Útero	4.520	2,4%
Linfoma não Hodgkin	5.190	2,7%			Linfoma não Hodgkin	4.450	2,4%
Sistema Nervoso Central	4.820	2,5%			Sistema Nervoso Central	4.450	2,4%

Fonte: Daudt (2013, p. 33).

Especialistas estimam que até 2030 os gastos com o tratamento de doentes de câncer cheguem a US\$ 8 bilhões. Apenas as doenças derivadas do consumo de tabaco podem custar US\$ 133 bilhões. Nos Estados Unidos, a estimativa é que sem novas medidas, o número de tumores malignos deve aumentar 70% até 2030 nos países de rendimento médio e 82% nos países pobres. No Brasil, pesquisas do Instituto Nacional do Câncer (Inca) mostram que a leucemia é o tipo mais frequente na maioria das populações, correspondendo a 25% ou 35% de todos os tipos, sendo a Leucemia Linfóide Aguda (LLA) a de maior ocorrência em crianças até 14 anos (GIRALDI, 2012).

O gasto do Ministério da Saúde com tratamentos contra câncer cresceu 66% nos últimos cinco anos, saltando de R\$ 2,1 bilhões em 2010 para R\$ 3,5 bilhões em 2015. O montante inclui recursos para procedimentos como cirurgias oncológicas, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e cuidados paliativos. Também cresceu, no período analisado, o número de pacientes com câncer atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS). Nos últimos cinco anos, o volume de doentes em tratamento na rede pública passou de 292 mil para 393 mil (CAMBRICOLI, 2016).

O Ministério da Saúde gastou R\$ 3,5 bilhões com tratamentos para o câncer, em 2015. O valor corresponde a um aumento de 66% nos últimos cinco anos, quando o gasto foi de R\$ 2,1 bilhões. A verba bilionária é destinada a cirurgias, quimioterapia, radioterapia, cuidados paliativos e outros procedimentos. O que aparentemente parece ser uma coisa boa, afinal, mais pessoas estão tendo atendimento ou usufruindo de tratamentos mais modernos, na verdade é um reflexo do fracasso do Brasil da luta contra o câncer. O SUS (Sistema único de Saúde) carece da realização de acompanhamento preventivo. A demora no atendimento,

que vai desde uma marcação de consulta até a retirada do resultado de exames, é um problema que pode definir se um paciente viverá ou morrerá dessa doença. Há tipos de câncer que evoluem em poucos meses e, por consequência, passam a necessitar de tratamentos diferentes, que poderiam ser evitados se a doença fosse diagnosticada com antecedência (LOPES JR., 2016).

Enquanto na rede pública brasileira o paciente com câncer enfrenta uma longa espera por consultas, exames e pelo tratamento contra a doença, na rede privada é preciso lidar com a espera pela autorização dos convênios e com a falta de cobertura para remédios oncológicos (IGSAUDE, 2016).

Na rede pública (SUS) o paciente deve ir até a unidade de saúde mais próxima de onde mora quando apresentar um sintoma ou queixa de saúde.

Caso esta unidade não tenha condições de dar um atendimento para o caso, ele será encaminhado para um ambulatório de especialidades ou para um hospital. Lá, ele será visto por um médico especialista na área, que vai pedir exames para comprovar a existência do câncer. Este é o primeiro momento em que a pessoa pode enfrentar atrasos (por falta de médicos e horários - o paciente pode esperar meses até conseguir uma consulta).

A depender da região onde está, o paciente pode ser encaminhado diretamente para um hospital ou uma clínica que seja uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), capacitada para tratar os tipos de câncer mais comuns no Brasil, ou para um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), que pode tratar qualquer tipo.

Outra opção é que a pessoa seja encaminhada para um centro de excelência, como o Instituto Nacional do Câncer (Inca) , no Rio de Janeiro, ou o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp) . Para ser aceito nestes locais, é preciso ter sido indicado por uma unidade que faça parte do sistema de referências do centro, que tem autorização para encaminhar pacientes para ele.

Além disso, o paciente tem que apresentar os exames específicos que comprovem o câncer. Em seguida, o paciente é cadastrado e passa por uma nova triagem, que determinará se ele necessita de tratamento oncológico naquele local.

No Inca e no Icesp, dois centros de referência no Brasil, o tempo de espera entre a triagem e a autorização para o início do tratamento chega a 30 dias, de acordo com os médicos. A partir deste momento, o paciente começa a espera por

uma vaga para os tratamentos de radioterapia, quimioterapia e cirurgia, que pode ultrapassar os três meses (IGSAUDE, 2016).

4.2 FINANCIAMENTO DO TRATAMENTO DE CÂNCER NO BRASIL

O Câncer é o nome dado a “um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado e maligno de células que invadem os tecidos e órgãos do corpo humano” (FARIAS, 2007, p. 16). O câncer é a segunda maior causa de mortalidade por doença no Brasil e sua incidência tem crescido progressivamente. Trata-se de uma enfermidade que demanda atenção tempestiva, tratamentos prolongados e acompanhamento adequado, dada a possibilidade de recorrência. Uma vez diagnosticada a doença, muito provavelmente o paciente acometido precisará de cuidados e monitoramento por praticamente o restante de sua vida.

A oncologia é o ramo da medicina que estuda o câncer. A Política Nacional de Oncologia é regulada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), que tem como missão “desenvolver ações nacionais, visando à prevenção e controle do câncer e como agente referencial, prestar serviços oncológicos no âmbito do SUS”; e como visão estratégica para realizar suas ações, “exercer plenamente o papel governamental na prevenção e controle do câncer, assegurando a implantação das ações correspondentes em todo o Brasil, e assim, contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população” (INCA, 2016).

A Política Nacional de Oncologia tem como objetivo geral:

[...] avaliar e implantar questões relativas à incidência e mortalidade pelo câncer, por meio de um conjunto de ações contínuas que levem à conscientização da população, quanto aos fatores de risco da doença. Desse modo, promove a detecção precoce e favorece o acesso a um tratamento de qualidade em todo o território nacional. Além disso, essa Política destina-se a instituições que trabalham com a oncologia elaborando programas, projetos e ações, em conjunto com órgãos governamentais, na busca de um atendimento digno ao paciente portador de câncer (FARIAS, 2007, p. 23).

No tocante ao tratamento oncológico, a implantação do SUS foi, e é fundamental para o acesso dos pacientes ao tratamento e aos procedimentos necessários, buscando nos encaminhamentos a prevenção, o tratamento e a cura da doença (FARIAS, 2007).

Quanto ao atendimento de pacientes com câncer, determina a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.80/1990), a continuidade e geração de ações educativas, frente à prevenção, ao diagnóstico e à cura do câncer, tornando o INCA, órgão responsável por liderar essas ações, conforme expressa seu Artigo 41.

Art. 41. As ações desenvolvidas [...] pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos para a transferência tecnológica (BRASIL, 1990).

Além de manter as unidades públicas, financiar todos os custos da prevenção, detecção precoce e tratamento do câncer, o Estado tem como prioridade :

- 1) estabelecer, em âmbito nacional, programas de controle dos fatores de risco de câncer (tabagismo, fatores alimentares, exposição às radiações);
- 2) estabelecer, em âmbito nacional, programas de detecção precoce de cânceres de colo de útero, de mama, de pele e de boca;
- 3) propiciar condições para a prestação de serviços assistenciais integrados e expandi-los nacionalmente;
- 4) estabelecer mecanismos de regulação de fluxo de pacientes nos âmbitos estadual e regional;
- 5) estabelecer sistemas de avaliação e vigilância do câncer, e de seus fatores de risco;
- 6) estabelecer, em âmbito nacional, programas de qualificação de recursos humanos e de pesquisas básicas, clínicas e epidemiológicas (FARIAS, 2007, p. 35-36).

O Inca como órgão regulador e normalizador da assistência oncológica no Brasil, sintetiza em quatro pontos fundamentais a dimensão do problema e sua tendência, quais sejam:

- 1) o câncer é a segunda causa de mortalidade por doença no Brasil;
- 2) a incidência de câncer cresce progressivamente, inclusive em faixas etárias abaixo dos 50 anos;
- 3) os serviços de assistência oncológica são insuficientes, muitas vezes, inadequados e mal distribuídos geograficamente;
- 4) Muitos óbitos poderiam ser evitados por ações de prevenção ou detecção precoce (FARIAS, 2007, p. 37).

O INCA também exerce importante papel na pesquisa, informação e ensino. Para tanto, o INCA, desenvolve ações como::

- 1) a assistência médico-hospitalar gratuita aos portadores de câncer;
- 2) atuação estratégica na prevenção e a detecção precoce da doença;
- 3) a formação e qualificação de profissionais especializados;
- 4) o desenvolvimento de pesquisas avançadas;
- 5) a informação epidemiológica (FARIAS, 2007, p. 37).

A busca pela redução da incidência e da mortalidade provocada pelo câncer é o objetivo principal das atividades desenvolvidas pelo Inca. O Decreto Presidencial de nº 109 de 02 de maio de 1991 aprovou o regimento do Ministério da Saúde que estabeleceu as seguintes competências do Instituto:

- assistir o Ministério de Estado na formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento do Câncer;
- planejar, organizar, executar, dirigir, controlar e supervisionar planos, programas, projetos e atividades, em âmbito nacional, relacionadas à prevenção, diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas e afecções correlacionadas;
- exercer atividades de formação, treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos, em todos os níveis, na área de cancerologia;
- coordenar, programar e realizar pesquisas clínicas, epidemiológicas e experimentais em cancerologia;
- prestar serviços médico-assistenciais aos portadores de neoplasias malignas e afecções correlatas (FARIAS, 2007, p. 38).

O câncer responde por mais de 12% de todas as causas de óbito no mundo: mais de 7 milhões de pessoas morrem por ano com esta doença. Por causa do aumento gradativo da expectativa de vida a incidência de câncer, estimada em 2002 em 11 milhões de casos novos, alcançará mais de 15 milhões em 2020 (BRASIL, 2006).

A explicação para este crescimento, segundo Brasil (2006, p. 11):

[...] está na maior exposição dos indivíduos a fatores de risco cancerígenos. A redefinição dos padrões de vida, a partir da uniformização das condições de trabalho, nutrição e consumo desencadeados pelo processo global de industrialização, tem reflexos importantes no perfil epidemiológico das populações. As alterações demográficas, com redução das taxas de mortalidade e natalidade, indicam o prolongamento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional, levando ao aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, especialmente as cardiovasculares e o câncer.

Tanto para o mundo desenvolvido como o em desenvolvimento, cuja a soma de novos casos diagnosticados atinge 50% do total dos cinco continentes, o câncer é problema de saúde pública, como registrou em 2002 a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (BRASIL, 2006).

Este crescimento implica no aumento do número de tratamentos ambulatoriais, das taxas de internações hospitalares e dos recursos públicos demandados para custear os tratamentos. Em decorrência disso, os gastos federais com tratamentos ambulatoriais e hospitalares de câncer têm crescido ano a ano. O somatório dos tratamentos ambulatoriais e hospitalares atingiu o montante de R\$

1,48 bilhão em 2008, passou a R\$ 1,69 bilhões em 2009 e superou R\$ 1,92 bilhões em 2010 (POLÍTICA NACIONAL de ATENÇÃO ONCOLÓGICA, 2011).

O aumento crescente da demanda por diagnósticos e tratamentos faz com que a rede de assistência oncológica esteja estruturada e seja capaz de ampliar a cobertura do atendimento de forma a garantir a universalidade, equidade e integralidade da atenção oncológica aos pacientes de que dela necessitam (POLÍTICA NACIONAL de ATENÇÃO ONCOLÓGICA, 2011).

As estratégias de combate ao câncer vão desde a prevenção, associada à atenção básica, até a alta complexidade, com a realização de exames e modernos tipos de tratamento o que demanda investimentos constantes em pesquisas para a descoberta de formas de prevenção, ou tratamentos mais efetivos, com a promoção de benefícios científicos e melhorias para a saúde pública.

A Política Nacional de Atenção Oncológica considera ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. A Portaria GM/MS 2.439/2005 que a instituiu, estabeleceu que a Política deveria ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e município, respeitando-se as competências das três esferas de gestão (POLÍTICA NACIONAL de ATENÇÃO ONCOLÓGICA, 2011).

O Programa 1220 Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada realiza no campo do Plano Plurianual (PPA) 2008-2011, o financiamento da atenção oncológica cujo objetivo de governo é promover o acesso com qualidade à Seguridade Social, sob a perspectiva da universalidade, equidade e igualdade com descentralização e tem como objetivo ampliar o acesso da população aos serviços de que necessita, promovendo a qualidade e a humanização da saúde (POLÍTICA NACIONAL de ATENÇÃO ONCOLÓGICA, 2011).

A ação orçamentária 8585 Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade dá suporte para os gastos realizados pelo Governo Federal com os tratamentos oncológicos. Esta mesma ação também é destinada a manutenção de toda assistência hospitalar pública. A maior parte dos valores alocados para as despesas com a assistência oncológica integram o limite financeiro da Média e Alta Complexidade (MAC), entretanto, alguns procedimentos como os exames de mamografia bilateral para o rastreamento de câncer de mama, assim como os transplantes de medula são financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas de Compensação (FAEC). “A distribuição dos tetos financeiros MAC

para cada unidade da Federação considera a série histórica da produção ambulatorial e hospitalar, entre outros fatores como a população residente e a capacidade instalada. Os recursos do FAEC são distribuídos segundo a produção informada” (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2009^a *apud* (POLÍTICA NACIONAL de ATENÇÃO ONCOLÓGICA, 2011).

As seguintes ações orçamentárias destinadas à realização de dispêndios com a atenção oncológica também integram o Plano Plurianual 2008-2011:

Ação: 110H - Elaboração do Projeto de Integração das Instalações do Instituto Nacional do Câncer - INCA, no Rio de Janeiro/RJ cujo intuito é projetar a integração das unidades do Instituto Nacional do Câncer - INCA em um único complexo.

Ação: 125H - Implantação do Complexo Integrado do Instituto Nacional de Câncer – INCA que tem como finalidade a construção de um complexo integrado na cidade do Rio de Janeiro, e, adaptar as unidades visando maior flexibilidade para futuras expansões.

Ação: 7833 - Implantação de Centros de Alta Complexidade em Oncologia – CACON cuja Finalidade é contribuir para a garantia e qualificação do acesso dos usuários aos serviços de saúde de alta complexidade na especialidade de oncologia.

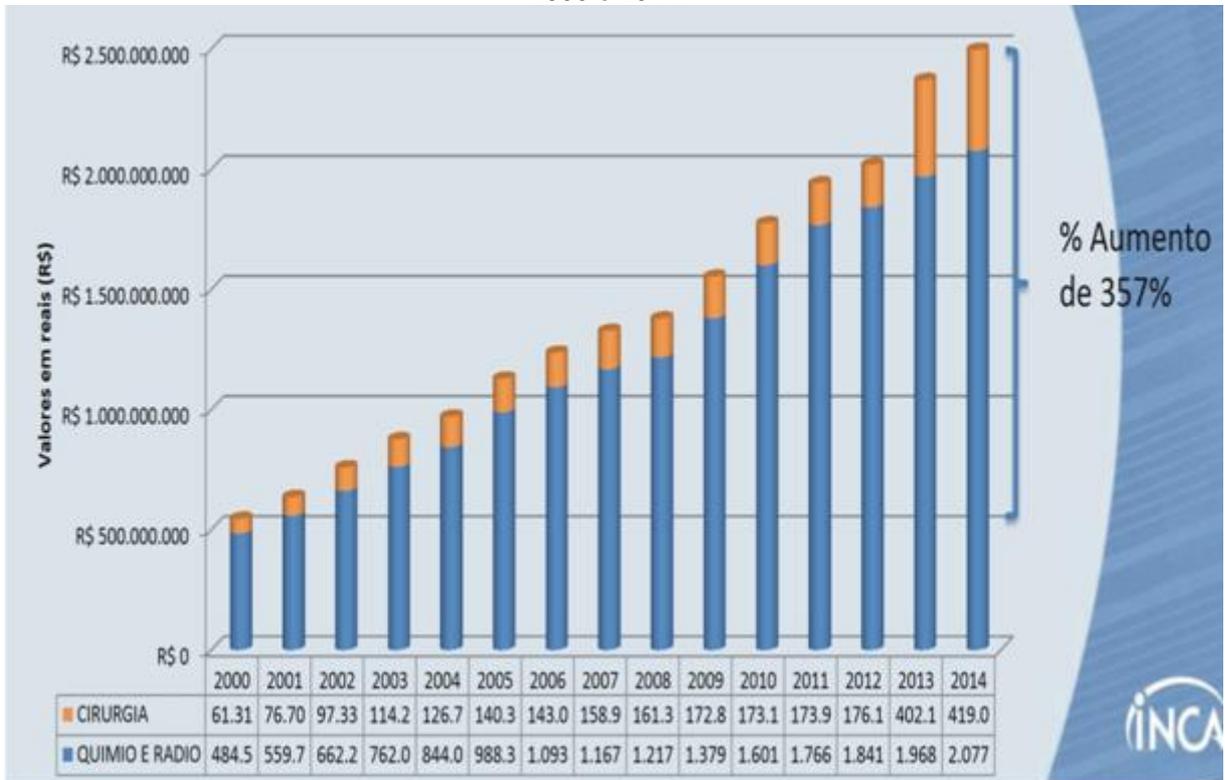
Ação: 8585 – Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade que tem como objetivo realizar de forma descentralizada, a Atenção à Saúde da População nos Estados e Municípios habilitados.

Ação: 8758 - Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Oncologia – INCA a finalidade é organizar as ações nacionais de articulação, assessoria técnica, regulação, ensino e pesquisa na área do câncer, atendimento com qualidade e integral aos pacientes de câncer das unidades hospitalares do INCA e transferência de conhecimento gerado no Instituto, para os órgãos e instituições que lidam com câncer no país (Cadastro de Ações *apud* Política Nacional de Atenção Oncológica, 2011).

Estas ações apresentam elevados gastos e é importante ressaltar que, sobre a Ação Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade, incide gastos com todos os demais exames e tratamentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade (não somente atenção oncológica).

O valor total para o pagamento apenas de despesas com tratamentos de câncer (cirurgia oncológica, radioterapia, quimioterapia e iodoterapia) cresceu 357% entre os anos de 2000 e 2014, conforme gráfico abaixo:

Figura 8: gastos com oncologia no SUS, com cirurgia, quimioterapia e radioterapia, nos anos entre 2000 e 2014.



Fonte: Brasil (2015, p. 6).

5 CONCLUSÃO

O SUS estabeleceu a maior política de inclusão social da história de nosso país. No sentido de saúde coletiva oncológica, evoluímos bastante nos últimos 50 anos. Entretanto, ainda há muito a ser feito, através dos projetos de Políticas Públicas de Atenção Oncológica com direcionamento para a prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Muitas críticas, e com razão, são feitas ao Sistema Único de Saúde, mas, de maneira particular (no que diz respeito ao atendimento propriamente dito) podemos avaliar positivamente uma vez que, a menos de três décadas o acesso a saúde era limitado a trabalhadores contribuintes, portadores de planos privados e desembolso das famílias e hoje se apresenta a 80% da população brasileira.

Com a atual estrutura de gastos públicos em saúde não se pode pretender consolidar o SUS como direito de todos e dever do Estado. Essa é a que poderá fazer de nosso sistema público de saúde, no longo prazo, um sistema de assistência à saúde para as classes mais baixas e um resseguro para procedimentos de alto custo para as classes médias e para os ricos.

Conclui-se que os gastos públicos em saúde em nosso país são muito baixos quando comparados com outros países com o mesmo sistema universal. A razão para esse baixo gasto público em saúde no Brasil está no fato do SUS não ter sensibilizado os segmentos políticos para que promovam um aumento do financiamento que permita tornar realidade o princípio da cobertura universal em saúde, e, possivelmente os atendimentos e todo trabalho efetuado até aqui poderão estar comprometidos no futuro.

REFERÊNCIAS

AMATUZZI, M. L. L. et al. **Linguagem metodológica**. Acta Ortopédica Brasileira, v. 14, pp. 53-56, 2006.

BBC. **Dez Gráficos que Explicam o Impacto do Câncer no Mundo**, fev 2016.

Disponível em:

<http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/02/160204_gch_graficos_cancer_fn>
. Acesso em out 2016.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. **As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais**. Rev.Esc.Enf.USP, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996. Disponível em: <<file:///D:/Usuario/Downloads/34936-40985-1-PB.pdf>>. Acesso em set 2016

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 17 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Ações para a saúde**. Disponível em:

<<http://abramge.com.br/congresso/2016/apresentacao/apresentacao-congresso-2016-ricardo-barros.pdf>>. Acesso em set. 2016b.

_____. Ministério da Saúde. **Debater sobre oncologia**. 2015b. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/audiencias-publicas/audiencia-publica-2015/aud-publica-25-08/apresentacao-paulo-eduardo-xavier-mendonca>>. Acesso em set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Fundo Nacional de Saúde - Definição de Blocos**. Brasília. 2009 Disponível em:

<<http://www.fns.saude.gov.br/visao/carregarMenu.jsf?coMenu=17>> Acesso em set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Mais gestão, mais prevenção**. Disponível em:

<http://docplayer.com.br/709139-Sistema-de-saude-no-brasil-sistemas-de-saude-sao-construcoes-sociais-que-tem-por-objetivo-garantir-meios-adequados-para.html#show_full_text>. Acesso em set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na RASPDC e o Plano de expansão da Radioterapia**. 2014. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/outubro/29/2-Apresenta---o-Patricia-Chueiri-SAS.pdf>>. Acesso em set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

CAMBRICOLI, Fabiana. **Em cinco anos, gasto com tratamento contra câncer cresceu 66%**. Disponível em: <http://docplayer.com.br/709139-Sistema-de-saude-no-brasil-sistemas-de-saude-sao-construcoes-sociais-que-tem-por-objetivo-garantir-meios-adequados-para.html#show_full_text>. Acesso em set. 2016.

CISLAGHI, F. J. et al. IPEA CODE – Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos. **O financiamento do SUS**: principais dilemas, p. 1-19, 2011.

DAUDT, Carmen Vera Giacobbo. **Fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis em uma comunidade universitária do sul do Brasil (UFRGS)**. 2013. 178 f. Tese de doutorado de Pós-graduação em Medicina: Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2013.

DEL NERO, C. R. **O que é economia da saúde**. In: PIOLA, Sérgio Francisco, VIANNA, Sólton Magalhães (orgs.). **Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, Capítulo I, p. 5-23. 294 p, n. 149, 1995.
DRUMOND, Andréa Donato. **Financiamento e Organização do Sistema de Saúde Pública no Brasil**. W. Educacional. Brasília. 2013.

FARIAS, Tamara Simone Dias de. **O cotidiano do(a) assistente social frente as demandas apresentadas pela paciente portadora do câncer de mama em tratamento no Hospital Doutor Luiz Antônio em NATAL/RN**. 2007. 179f. Dissertação de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN. 2007.

FERRAZ, André Santos; SOUZA, Bruna de L. Araujo. **Uma investigação sobre a aplicabilidade das análises custobenefício e custo-efetividade à saúde no Brasil**. Artigo científico apresentado no Programa de Intercâmbio da Secretaria de Acompanhamento Econômico – SEAE, do Ministério da Fazenda. Brasília. 2013.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, **História Osvaldo Cruz**, Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/oswaldo-cruz>>, Acesso em set. 2016.

GIRALDI, Renata. **Gastos com tratamento de vítimas de câncer podem chegar a US\$ 8 bilhões em 2030**. 28/08/2012. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-08-28/gastos-com-tratamento-de-vitimas-de-cancer-podem-chegar-us-8-bilhoes-em-2030>>. Acesso em set. 2016.

IGSAÚDE. **Entenda como funciona o tratamento de câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://saude.ig.com.br/minhasaude/entenda-como-funciona-o-tratamento-de-cancer-no-brasil/n1597350811723.html>>. Acesso em set. 2016.

INCA. Ministério da Saúde. **Custo de tratamento do câncer aumentará oito vezes nos próximos dois anos e sairá sete vezes mais caro que ações de prevenção**. 26/11/2007. Disponível em:

<http://www.inca.gov.br/releases/press_release_view_arq.asp?ID=1600>. Acesso em set. 2016.

INCA. **Instituto Nacional do Câncer**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em set. 2016.

LOPES JR., Edson. **Gasto com tratamento para o câncer cresceu no país e isso é reflexo de um problema**. 15/08/2016. Disponível em: <<http://ondda.com/noticias/2016/08/gasto-com-tratamento-para-o-cancer-cresceu-no-pais-e-isso-e-reflexo-de-um-problema>>. Acesso em set. 2016.

MACHADO, Felipe Galvão. **Os gastos públicos e privados com saúde das famílias brasileiras de 2000 a 2015**. 2015. 53f. Monografia de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. 2013. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Configura%C3%A7%C3%A3oInstitucional.pdf>>. Acesso em out 2016

MENDES, A. *et al.* Sobre a Economia da Saúde: Campos de Avanço e sua Contribuição para a Gestão de Saúde no Brasil. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MORAES, Edilaine et al. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. vol.28, n.4, p.321-325, 2006.

MORAZ, Gabriele et al. Estudos de custo-efetividade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. vol.20, n.10, p.3211-3229, 2015. PORTAL TERRA, **Pesquisa: Câncer Pode Atingir 2 a cada 3 Pessoas no Mundo**. Disponível em : <<https://noticias.terra.com.br/ciencia/pesquisa/pesquisa-cancer-pode-atingir-2-em-cada-3-pessoas-no-mundo,0e478f879b45b410VgnVCM10000098cceb0aRCRD.html>>, Acesso em set. 2016

PIOLA, Sergio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães. **Economia da Saúde: Conceitos e Contribuição para a Gestão da Saúde**. Brasília: Ipea, 1995. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5329>. Acesso em set. 2016. SIMERS. **CONHEÇA O “SUS” DE OUTROS CINCO PAÍSES, PORTO ALEGRE, 2016**. DISPONÍVEL EM:<<http://www.simers.org.br/2016/06/conheca-o-sus-de-outros-cinco-paises/>>. ACESSO EM OUT 2016.

SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL. Disponível em: <http://docplayer.com.br/709139-Sistema-de-saude-no-brasil-sistemas-de-saude-sao-construcoes-sociais-que-tem-por-objetivo-garantir-meios-adequados-para.html#show_full_text>. Acesso em set. 2016.

SOARES, Adilson; SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde debate** [online]. vol.38, n.100, p.18-25, 2014.

UGÁ, M. A. D; PORTO, S. M; PIOLA, S. F. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

WHO. World Health Organization. **Global health observatory data repository**. 2015. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-BRA>>. Acesso em set. 2016.

ANEXO A: BASE DE CÁLCULO E APLICAÇÃO MÍNIMA PELOS ENTES FEDERADOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA EXECUTIVA

BASE DE CÁLCULO E APLICAÇÃO MÍNIMA PELOS ENTES FEDERADOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DA SAÚDE, INVESTIMENTOS E DESENVOLVIMENTO

A Constituição Federal de 1988 determina em seu **art. 198** que:

Coordenação-Geral de Economia da Saúde

Espanada dos Ministérios Bloco G Anexo B Sala 452 Tel. 3315-2722 Brasília – DF Cep: 70.058-900

“§ 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. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

Brasília, 22 de março de 2016

1

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)”.

I – no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)(g.n.)

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou o art. 198 da Constituição Federal, trata em seus artigos 6º (Estados e Distrito Federal) e 7º (Municípios e Distrito Federal) das bases de cálculo e aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde, com ressalva para o artigo 5º (União), que foi alterado conforme Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015 em seu art. 2º.

BASE DE CÁLCULO E APLICAÇÃO MÍNIMA DA UNIÃO

A Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015, em seu art. 2º, estabelece:

“Art. 2º O disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal será cumprido progressivamente, garantidos, no mínimo:”

I - 13,2% (treze inteiros e dois décimos por cento) da receita corrente líquida no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

II - 13,7% (treze inteiros e sete décimos por cento) da receita corrente líquida no segundo exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

III - 14,1% (quatorze inteiros e um décimo por cento) da receita corrente líquida no terceiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

IV - 14,5% (quatorze inteiros e cinco décimos por cento) da receita corrente líquida no quarto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

V - 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida no quinto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional.

O Demonstrativo da Receita Corrente Líquida integra o Relatório Resumido da Execução Orçamentária, Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social, cujas informações servem de base de cálculo para os limites estabelecidos pela Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, para os demonstrativos que compõem o Relatório de Gestão Fiscal. Sua publicação está sob responsabilidade do Ministério da Fazenda. O Demonstrativo pode ser consultado em: www.tesouro.fazenda.gov.br.

Conforme o art. 2º, §3º da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), a receita corrente líquida será apurada somando-se as receitas arrecadadas no mês em referência e nos onze anteriores, excluídas as duplicidades. A regra de cálculo é a definida pelo art. 2º, IV da Lei.

**DEMONSTRATIVO DA
RECEITA CORRENTE LÍQUIDA
RECEITA CORRENTE (I)**

Receita Tributária

Receita de Contribuições

Receita Patrimonial

Receita Agropecuária

Receita Industrial

Receita de Serviços

Transferências Correntes

Receitas Correntes a Classificar

Outras Receitas Correntes

DEDUÇÕES (II)

Transf. Constitucionais e Legais

Contrib. Emp. e Trab. p/ Seg. Social

Contrib. Plano Seg. Social do

Servidor

Compensação Financeira

RGPS/RPPS

Contr. p/ Custeio Pensões Militares

Contribuição p/ PIS/PASEP

PIS

PASEP

RECEITA CORRENTE LÍQUIDA

(III) = (I - II)

BASE DE CÁLCULO E APLICAÇÃO MÍNIMA DOS ESTADOS E DF

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, em seu art. 6º, estabelece:

*“Art.6º - Os **Estados e o Distrito Federal** aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, **12% (doze por cento)** da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios..” (g.n.)*

ESTADOS

RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA (I)

Impostos s/ Transmissão "causa mortis" e Doação - ITCD

Imposto s/ Circulação de Mercad. e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação - ICMS

Imposto s/ Propriedade de Veículos Automotores - IPVA

Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF

Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos

Dívida Ativa dos Impostos

Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa

RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II)

Cota-Parte FPE

Cota-Parte IPI-Exportação

Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais

Desoneração ICMS (LC 87/96)

Outras

DEDUÇÕES DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS AOS MUNICÍPIOS (III)

Parcela do ICMS Repassada aos Municípios

Parcela do IPVA Repassada aos Municípios

Parcela da Cota-Parte do IPI-Exportação Repassada aos Municípios

TOTAL DAS RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (IV) = I + II - III

VALOR MÍNIMO DA RECEITA DE COMPETÊNCIA ESTADUAL A

SER APLICADO EM ASPS (V) = (IV x 0,12)

BASE DE CÁLCULO E APLICAÇÃO MÍNIMA DOS MUNICÍPIOS E DF

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, em seu art. 7º, estabelece:

*“Art.7º - 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 art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.”*
(g.n.)

*“Art.7º - 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 art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.”* (g.n.) **MUNICÍPIOS**

RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA (I)

Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU

Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos - ITBI

Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF

Imposto Territorial Rural - ITR

Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos

Dívida Ativa dos Impostos

Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa

RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II)

Cota-Parte FPM

Cota-Parte ITR

Cota-Parte IPVA

Cota-Parte ICMS

Cota-Parte IPI-Exportação

Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais

Desoneração ICMS (LC 87/96)

Outras

TOTAL DAS RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (III) = I + II

VALOR MÍNIMO DA RECEITA DE COMPETÊNCIA

MUNICIPAL A SER APLICADO EM ASPSP¹ (IV) = (III x 0,15)**DISTRITO FEDERAL****COMPETÊNCIA TRIBUTARIA MUNICIPAL (I)****RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA**

Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU

Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos - ITBI

Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

Imposto Territorial Rural - ITR

Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos.

Dívida Ativa dos Impostos

Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa.

RECEITAS DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS

Cota-Parte FPM

Cota-Parte ITR

Cota-Parte IPVA

Cota-Parte ICMS

Cota-Parte IPI-Exportação

Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais

Desoneração ICMS (LC 87/96)

Outras

COMPETÊNCIA TRIBUTARIA ESTADUAL (II)**RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA**

Impostos s/ Transmissão "causa mortis" e Doação - ITCD

Imposto s/ Circulação de Mercad. e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação - ICMS

Imposto s/ Propriedade de Veículos Automotores - IPVA

Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos.

Dívida Ativa dos Impostos

Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa

RECEITAS DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS

Cota-Parte FPE

Cota-Parte IPI-Exportação

Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais

Desoneração ICMS (LC 87/96)

IMPOSTOS NÃO SEGREGÁVEIS EM COMPETÊNCIA ESTADUAL OU MUNICIPAL (III)

Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF

TOTAL DE RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (I + II**+ III)****= (I x 0,15)****VALOR MÍNIMO DA RECEITA DE COMPETÊNCIA ESTADUAL A SER APLICADO EM ASPSP¹ (V) = (II x 0,12)****VALOR MÍNIMO DA RECEITA DE IMPOSTOS NÃO SEGREGÁVEIS A SER APLICADO EM ASPSP¹**

$$(VI) = (III \times 0,12)$$

$$\text{TOTAL DO VALOR MÍNIMO A SER APLICADO EM ASPs}^1 (VII) = (IV + V + VI)$$