

| | |
|--------------------------|--|
| Título | SAÚDE |
| Autores (as) | Edvaldo Batista de Sá Fabiola Sulpino Vieira Rodrigo Pucci de Sá e Benevides Sérgio Francisco Piola |
| Título do Boletim | POLÍTICAS SOCIAIS: ACOMPANHAMENTO E ANÁLISE |
| Cidade | Brasília |
| Editora | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) |
| Ano | 2018 (n.25) |
| ISSN | 1518-4285 |

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

SAÚDE

1 APRESENTAÇÃO

Esta edição do capítulo de *Saúde* do boletim de *Políticas Sociais (BPS)* foca as dificuldades financeiras e as mudanças ocorridas em 2015 e 2016 no financiamento federal da atenção à saúde. O período em análise começou com o aprofundamento da crise econômica, que já se desenhava em 2014, e ficou marcado pelas dificuldades para execução do orçamento de 2015, devido principalmente ao contingenciamento de recursos, pela instabilidade política, que culminou com o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, e por mudanças na política de financiamento federal do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além dos problemas financeiros que dificultaram a execução da política de saúde, 2015 foi marcado pela aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 86, que alterou a regra de definição dos recursos financeiros federais a serem destinados ao SUS e regulamentou a obrigatoriedade da execução de parte das despesas agregadas ao orçamento sob a forma de emendas parlamentares, o chamado orçamento impositivo.

A EC nº 86/2015 foi uma resposta ao projeto de lei (PL) de iniciativa popular, propondo a aplicação de 10% da receita corrente bruta do governo federal, resultando assim em um orçamento de cerca de R\$ 40 bilhões superior ao do ano anterior. A nova regra definiu como recursos mínimos a serem aplicados pelo governo federal na atenção à saúde um percentual incidente sobre a receita corrente líquida (RCL), começando em 13,2%, em 2016, e chegando a 15%, a partir de 2020.

Sob a EC nº 86/2015, a queda da arrecadação de tributos devido à situação econômica já estava impactando negativamente o montante de recursos federais destinados ao SUS. Adicionalmente, o *impeachment* trouxe consigo uma guinada neoliberal, e os gastos sociais passaram a ter papel ainda mais central no ajuste fiscal iniciado em 2015. Assim, a EC nº 86/2015 mal havia sido implementada, e uma nova regra de financiamento foi aprovada por meio da Emenda Constitucional nº 95, em dezembro de 2016. Esta estabelece teto para as despesas primárias, a ser atualizado anualmente pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), e desvincula o limite mínimo das despesas com saúde e educação das receitas, gerando preocupações com o agravamento do histórico subfinanciamento do sistema público de saúde.

Contudo, o governo federal defende que os problemas de financiamento do SUS possam ser minorados com a expansão da cobertura por planos e seguros privados

de saúde, como mostra a proposta de criação de planos populares. Adicionalmente, também propôs mudanças na forma de transferência dos recursos federais para estados e municípios, como forma de aumentar a eficiência na alocação dos recursos disponíveis. Ambas as propostas têm consequências indesejadas para o SUS, como discutido na seção *Fatos relevantes*, e não contribuem para resolver os problemas que se propõem a resolver.

Para além das mudanças no financiamento e no mecanismo de transferências de recursos federais, este capítulo também trata da execução orçamentário-financeira e física dos programas e das políticas do Ministério da Saúde (MS). De modo geral, o governo priorizou a manutenção dos serviços já existentes, e, em alguns casos, houve até redução destes serviços, como a observada no número de equipes de Saúde da Família (eSF) e em outros serviços da atenção básica.

Por fim, cabe ressaltar o impacto do aumento da circulação do vírus zika e sua relação com os casos de microcefalia, que colocaram as autoridades sanitárias em alerta e transformaram o Brasil em assunto mundial, dada a gravidade das consequências para a saúde e a possibilidade de disseminação do vírus para outros países, especialmente devido à realização dos Jogos Olímpicos 2016 no Rio de Janeiro. O aumento da circulação do vírus zika é mais um problema sanitário provocado pelo mosquito *Aedes aegypti*, que também é o principal vetor de disseminação de doenças graves como dengue, febre amarela, febre zika e chikungunya. Embora seja um dos fatos mais relevantes em termos sanitários no período, esse assunto não será tratado neste capítulo. Uma nota de acompanhamento futura analisará a resposta do governo e sua adequação aos problemas causados pelo *Aedes aegypti* no período, incluindo a disseminação do vírus zika e suas consequências.

2 FATOS RELEVANTES

Os anos de 2015 e 2016 foram marcados por mudanças no financiamento federal do SUS e pela proposta de aumento do financiamento privado da assistência à saúde, representada pelo projeto Plano de Saúde Acessível (PSA). Mais recentemente, também foi proposta mudança no mecanismo de transferência de recursos federais para os estados, o Distrito Federal (DF) e os municípios. Esta seção analisa tais mudanças e propostas.

2.1 Mudanças no financiamento do SUS

2.1.1 Alteração da regra de aplicação mínima em saúde da União: EC nº 29/2000 para a EC nº 86/2015

Em 2015, uma relevante alteração na regra de aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) pela União foi realizada por meio da Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março, passando a ter vigência a

partir de 2016.¹ O piso de aplicação deixou de ser definido com base no valor empenhado no ano anterior, acrescido da variação nominal do produto interno bruto (PIB) do último ano em relação ao penúltimo, conforme definia a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000,² e passou a ser calculado a partir de percentual da RCL, de forma escalonada, entre 2016 e 2020, partindo de 13,2% no primeiro ano e chegando a 15,0% neste último.³

Com o agravamento da crise econômica, em 2016, maiores preocupações surgiram em torno do financiamento federal do SUS. A EC nº 29/2000 continha dispositivo que protegia os recursos para a saúde em situação de queda do PIB, determinando que, neste caso, o valor a ser empenhado não poderia ser inferior ao do ano anterior em termos nominais. Dispositivo semelhante não foi previsto na EC nº 86/2015 em relação à possibilidade de queda da receita corrente líquida.

Comparando-se o piso de aplicação pela EC nº 29/2000 com a hipotética aplicação do percentual mínimo da RCL previsto na EC nº 86/2015 de 13,2% em cada exercício do período 2002-2016,⁴ verifica-se que a regra da EC nº 86/2015 teria sido mais vantajosa para a alocação de recursos no SUS do que a regra da EC nº 29/2000, mesmo se adotando em todo o período o menor percentual da EC nº 86/2015, 13,2% (gráfico 1).

Embora desvantagens também sejam apontadas em desfavor da EC nº 86/2015, tais como: a introdução de maior rigidez para alteração da regra de aplicação, já que está inscrita no art. 198 da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), sem previsão de que seja alterada por meio de lei complementar (LC);⁵ a vinculação de percentual de aplicação inferior ao historicamente defendido pelo movimento de reforma sanitária; e a inclusão de eventuais recursos oriundos de *royalties* do petróleo, que antes seriam considerados adicionais, como parte da aplicação mínima.⁶

1. Ver Brasil (2015a). Essa regra teve vigência apenas em 2016, sendo substituída pela Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, que estabeleceu o teto para as despesas primárias do governo federal, cujos impactos serão analisados na subseção 2.1.3.

2. Ver Brasil (2000).

3. Discussão mais detalhada sobre a mudança na regra de vinculação de recursos da União para o Sistema Único de Saúde (SUS) constam no capítulo *Saúde*, do periódico *Políticas Sociais: acompanhamento e análise* nº 24. Ver Ipea (2017).

4. A EC nº 86/2015 entrou em vigor em 2016, sendo que para esse ano a aplicação mínima foi estabelecida em 13,2% da receita corrente líquida (RCL) da União.

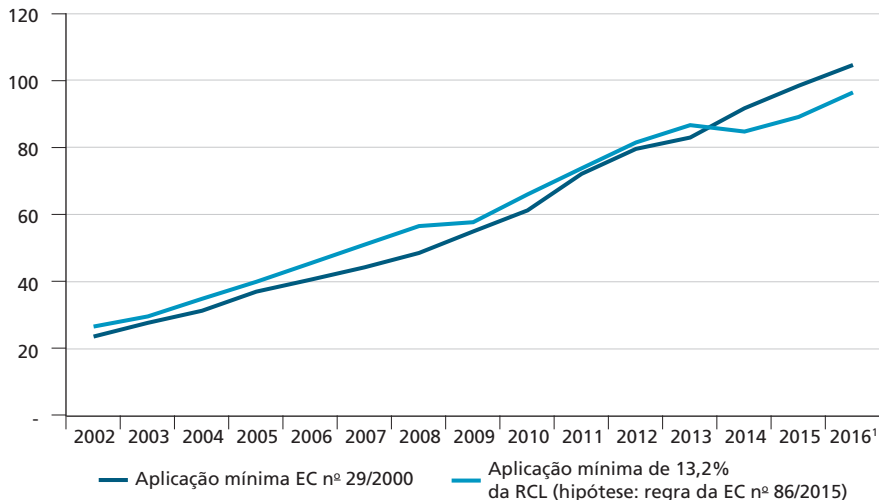
5. A EC nº 29/2000 no art. 6º modificou o art. 198 da Constituição Federal (CF) de 1988, que passou a definir que os percentuais a serem aplicados pela União seriam definidos em lei complementar (LC), e o art. 7º incluiu a regra da correção pela variação nominal do produto interno bruto (PIB) no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), estabelecendo que esta regra seria aplicada até que fosse alterada por lei complementar – com previsão de atualização a cada cinco anos. A EC nº 86/2015 define o percentual da União no próprio texto do art. 198, sem previsão de atualização da regra por meio de lei complementar, o que significa que qualquer mudança só poderia ocorrer por meio de outra emenda à Constituição.

6. Ver Ipea (2017).

GRÁFICO 1

Comparação entre a aplicação mínima em ASPS pela regra da EC nº 29/2000 e da EC nº 86/2015 (2002-2016)

(Em R\$ bilhões correntes)



Elaboração do autor.

Obs.: A aplicação mínima da EC nº 29/2000 foi calculada a partir de dados da variação nominal do PIB e do valor empenhado em ASPS do ano anterior, obtidos do Demonstrativo de Despesas com Saúde dos Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária de cada ano, publicados pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN) no *Diário Oficial da União* (DOU). O cálculo da aplicação mínima, caso a regra da EC nº 86/2015 estivesse em vigor desde 2002, pressupôs a aplicação do menor percentual da receita corrente líquida, que é de 13,2%. Os valores da RCL foram obtidos dos demonstrativos publicados no site da STN para o período 2002-2015, e a RCL estimada de 2016 foi obtida do *Relatório de Avaliação de Receitas e Despesas Primárias*, da Secretaria de Orçamento Federal (SOF) do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MP), no quinto bimestre de 2016.

Nota: Para 2016, considerou-se variação nominal do PIB de 4% (entre 2014 e 2015), a fim de estimar o valor a ser empenhado segundo da regra da EC 29.

Vale notar, nessa comparação, que, com a queda das receitas a partir de 2014, a regra da EC nº 29/2000 passaria a garantir um montante maior de recursos para a saúde em comparação com a regra da EC nº 86/2015. Esta situação é particularmente importante porque agrava o problema do subfinanciamento federal da saúde, podendo comprometer as transferências do MS para estados e municípios.

O próprio ministro admitiu, em dezembro de 2016, *deficit* de R\$ 3,5 bilhões ao ano (a.a.) para o custeio e a ampliação de serviços do SUS, impactando a habilitação ou o funcionamento de 2.698 serviços, em sua maior parte sob gestão municipal, o que fez com que municípios e estados deixassem de receber, respectivamente, R\$ 1,96 bilhão e R\$ 1,23 bilhão por ano.⁷ O impacto sobre a oferta só não foi mais agudo porque parte dos gestores locais de serviços decidiu arcar integralmente com o custeio, sem a contrapartida federal, sobrecarregando seus orçamentos, os quais também

7. Ver matéria publicada no Portal do Ministério da Saúde (MS): *Saúde herdou deficit de R\$ 3,5 bilhões com estados e municípios*. Disponível em: <<https://goo.gl/rYqqsO>>. Acesso em: 4 set. 2017.

passam por restrições em razão da queda das receitas decorrente da crise econômica. Essa situação revela o elevado comprometimento do orçamento do MS com ações e serviços de saúde em funcionamento e como sua redução pode prejudicar a oferta de serviços essenciais do SUS, uma vez que o espaço fiscal dos municípios e estados está muito limitado.⁸

Em 2016, sob a vigência da EC nº 86/2015, a aplicação mínima em ASPS constante no Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) do MS foi estimada em R\$ 100,2 bilhões (13,2% da RCL estimada em R\$ 759,4 bilhões), enquanto a despesa inicialmente prevista para ASPS era de R\$ 109,0 bilhões, tendo sido empenhados R\$ 106,7 bilhões ao final do exercício. A previsão de arrecadação, entretanto, foi se frustrando ao longo do ano. Em janeiro de 2017, a Secretaria do Tesouro Nacional (STN) do Ministério da Fazenda (MF) divulgou uma RCL de R\$ 722,474 bilhões, o que reduziria o piso mínimo em ASPS para R\$ 95,37 bilhões, mas em junho publicou uma retificação do demonstrativo da RCL, corrigindo-a para R\$ 709,930 bilhões; valor que determinaria uma aplicação mínima de R\$ 93,7 bilhões. Note-se que a RCL de 2016 foi alterada seis meses após o término do exercício financeiro.

Se fosse mantida a regra anterior para o piso de 2016, o valor empenhado em 2015, corrigido para 2016 pelo IPCA médio, seria de R\$ 109,3 bilhões. Tal valor é superior aos R\$ 106,7 bilhões aplicados em 2016, o que demonstra que a mudança da regra de aplicação mínima de recursos pela União no SUS trouxe incertezas quanto à estabilidade do financiamento federal do sistema.

Em termos reais, entre 2014 e 2016, o gasto com ASPS do Ministério da Saúde sofreu redução de 2,1%, passando de R\$ 109,0 bilhões para R\$ 106,7 bilhões, em valores de 2016. Esta queda demonstra o efeito da recessão econômica sobre as despesas federais com saúde e a opção política de não realizar maiores esforços para preservar o gasto em patamares anteriores.

2.1.2 Aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016

O ano de 2016 também foi marcado por nova e profunda alteração no financiamento federal do SUS. Em meio a uma crise econômica, o Poder Executivo submeteu ao Congresso Nacional uma Proposta de Emenda à Constituição (PEC), como medida de ajuste fiscal, chamada de Novo Regime Fiscal, com o objetivo de estabelecer um teto para as despesas primárias, a ser atualizado ano a ano apenas pelo IPCA, durante vinte anos. No bojo dessa proposta, que tramitou na Câmara dos Deputados como PEC nº 241/2016, também constava a desvinculação do limite

8. Em média, os municípios e os estados aplicaram 23,3% e 13,1%, respectivamente, de seus recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) em 2015. O percentual médio de aplicação dos municípios foi 55% maior que o mínimo nesse ano e o dos estados, 13%, sendo importante lembrar que estes últimos atravessam grave crise financeira.

mínimo das despesas com saúde e educação das receitas. Os impactos desta PEC para o financiamento do SUS e para a garantia do direito à saúde no Brasil foram analisados e os resultados, publicados em nota técnica, chegando-se à conclusão de que a desvinculação provocaria perda de recursos quanto às aplicações mínimas, quando se comparam as regras da PEC com a da EC nº 86/2015. O tamanho dessa perda é proporcional às taxas de crescimento da economia. Quanto maior o crescimento das receitas do governo federal, mais recursos deixariam de ser obrigatoriamente alocados no SUS.⁹

O reconhecimento de que o congelamento do gasto federal com saúde em termos reais já a partir de 2017 seria inexecutável para o MS, sem grave comprometimento dos serviços existentes, motivou a alteração da proposta inicial ainda na Câmara. Como já mencionado, iniciar o congelamento tendo como base a aplicação mínima de 13,2% da RCL de 2016 resultaria em valor aquém da necessidade do órgão para manutenção dos serviços em funcionamento. Com isso, aprovou-se um substitutivo à PEC nº 241/2016 para propor que o congelamento da aplicação mínima federal com saúde partisse de um patamar inicial de 15% da RCL de 2017, e que o congelamento de seu valor real se iniciasse em 2018.¹⁰ Também foi modificado o período para apuração da inflação.¹¹ Ao invés do IPCA do ano anterior, decidiu-se que seria considerado o IPCA dos últimos doze meses antes da elaboração do PLOA – julho do ano anterior a junho do ano de elaboração desse projeto.

Com pouco debate com a sociedade na Câmara, a PEC foi rapidamente aprovada em dois turnos e passou a tramitar no Senado Federal como a PEC nº 55/2016. Nessa casa, a tramitação também foi rápida, sem alterações no texto enviado pela Câmara e também com pouco espaço para o debate, sendo aprovada após dois turnos de votação e promulgada como Emenda Constitucional nº 95/2016, em 15 de dezembro.¹² Entre sua apresentação ao Congresso e a aprovação final, transcorreram apenas cinco meses.

Interessante notar que em consulta pública no sítio eletrônico do Senado Federal, mais de 369 mil pessoas se manifestaram sobre a PEC, sendo que 93,6% foram contrárias à sua aprovação.¹³ A PEC também foi objeto de análise de vários

9. Ver Vieira e Benevides (2016).

10. A alteração do início do congelamento da aplicação mínima vale tanto para a saúde quanto para a educação, de forma que o congelamento de seus limites mínimos se iniciaria em 2018, ao invés de 2017. Para as demais despesas primárias, há o teto de gasto – ou seja, o congelamento do gasto em termos reais já tem vigência a partir de 2017.

11. Na versão inicial (Proposta de Emenda à Constituição – PEC nº 241/2016), o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) seria apurado para fins de execução orçamentária no período de janeiro a dezembro do exercício anterior. No substitutivo aprovado pela Câmara, que passou a tramitar no Senado como PEC nº 55/2016, o teto de gasto correspondente à despesa primária paga, somada aos restos a pagar (RP) pagos, seria corrigido pelo percentual de 7,2% em 2017. A partir de 2018, este limite seria corrigido pelo IPCA apurado para o período de doze meses, encerrado em junho do exercício anterior a que se refere a lei orçamentária.

12. Ver Brasil (2016a).

13. Para mais detalhes, ver o *link* disponível em: <<https://goo.gl/JBG7m6>>.

estudos, tendo sido apontadas perdas potenciais de recursos para o SUS em virtude da desvinculação da despesa com saúde da receita e de seu congelamento em termos reais.¹⁴

2.1.3 Implicações do Novo Regime Fiscal para o financiamento federal do SUS

Em setembro de 2016, ainda durante a tramitação da PEC nº 241/2016 na Câmara dos Deputados, o Ipea publicou a Nota Técnica nº 28, intitulada *Os Impactos do Novo Regime Fiscal para o Financiamento do SUS e para a Efetivação do Direito à Saúde no Brasil* (Vieira e Benevides, 2016), em que foram discutidos os impactos do congelamento do piso do gasto federal com saúde para o financiamento do sistema, quais sejam: *i*) desvinculação das despesas com ASPS da receita corrente líquida; *ii*) perda de recursos em relação às regras de vinculação das ECs nºs 29/2000 e 86/2015; *iii*) redução do gasto público *per capita* com saúde; *iv*) desobrigação dos governos de alocarem mais recursos em saúde em contextos de crescimento econômico; *v*) provável aumento das iniquidades no acesso a bens e serviços de saúde; e *vi*) dificuldades para a efetivação do direito à saúde no Brasil.

A seguir, são apresentadas estimativas atualizadas dos impactos da EC nº 95/2016 para o financiamento federal do SUS, tendo em vista as mudanças aprovadas na Câmara dos Deputados a partir do relatório apresentado pelo deputado Darcísio Perondi, relator da PEC na Câmara, e a atualização dos parâmetros econômicos (IPCA e taxa de crescimento real do PIB) estimados para 2016 e 2017 pelo Banco Central do Brasil (BCB)(relatório *Focus*), com base na média das expectativas do mercado.

Para estimar os impactos da EC nº 95/2016 no gasto com saúde nos próximos vinte anos, foram projetados os valores dos limites mínimos de aplicação em saúde, de acordo com quatro cenários para as taxas de crescimento real do PIB: *i*) 0,0% a.a.; *ii*) 1,0% a.a.; *iii*) 2,0% a.a.; e *iv*) taxas de crescimento do PIB utilizadas nas projeções atuariais do Regime Geral da Previdência Social – RGPS (anexo iv.6 do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias – PLDO 2017). As taxas de inflação foram estimadas em 5,1%, em 2017, e 4,5%, a partir de 2018. Esses cenários do Novo Regime Fiscal foram comparados com o cenário-base, que considera a manutenção das regras da EC nº 86/2015, com vinculação de 15,0% da RCL a partir de 2020.

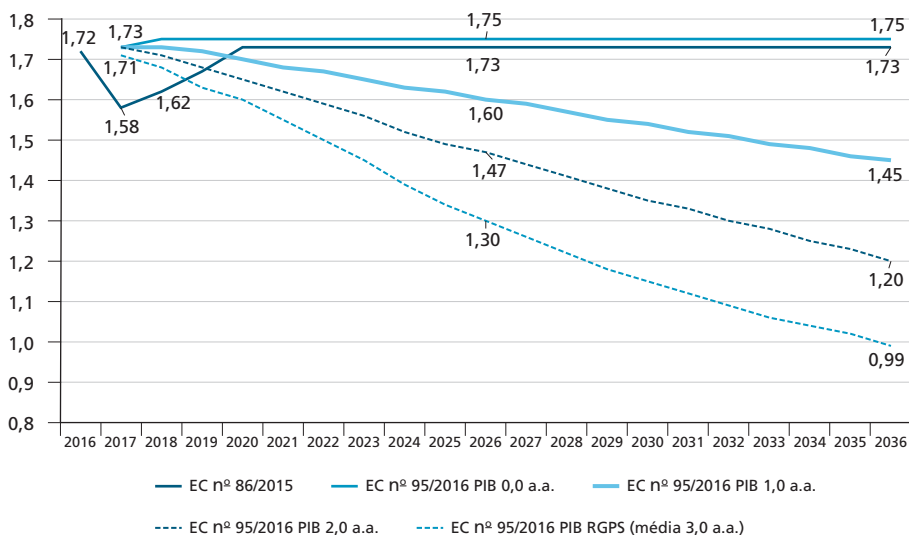
O gráfico 2 apresenta o resultado das projeções sobre a participação dos gastos mínimos no PIB. Caso a regra da EC nº 86/2015 fosse mantida, o percentual de vinculação aumentaria até alcançar os 15,0% da RCL, em 2020, ficando a partir daí estável em 1,73% do PIB, dada a hipótese adotada de crescimento da RCL

14. Ver Vieira e Benevides (2016), Brasil (2016b), Medlovitz (2016), Freitas e Mendes (2016) e DIEESE (2016).

à mesma taxa daquele. Sob as novas regras da EC nº 95/2016, a participação do gasto federal com saúde no PIB cairia de forma inversamente proporcional ao crescimento deste. No cenário de taxas de crescimento do PIB de 2,0% a.a., o valor da aplicação mínima se reduziria gradualmente, alcançando 1,47% deste em 2026 e 1,20% em 2036.

GRÁFICO 2

Projeção do impacto da EC nº 95/2016 sobre o gasto federal com saúde em comparação com a manutenção da regra da EC nº 86/2015 (2017-2036)
(Em % do PIB)



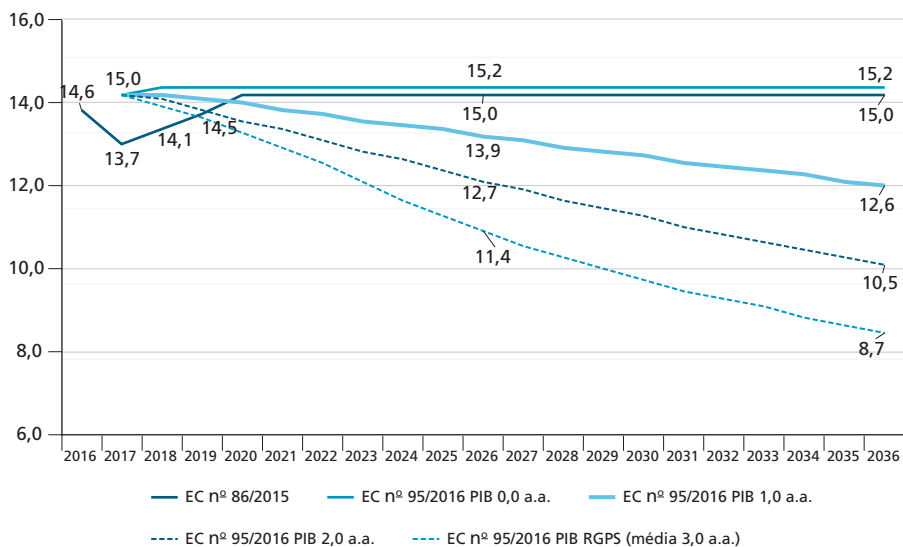
Elaboração do autor.

Obs.: Hipóteses: 1) PIB – Foram projetados quatro cenários para as taxas de crescimento real de PIB: três deles com taxa de crescimento real do PIB de 1% para 2017 (*Focus/BCB*, de 18 de novembro de 2016) e de 0%, 1% e 2% a.a. entre 2018 e 2036; o quarto cenário utiliza as estimativas de PIB e inflação do PLDO 2016 (anexo RGPS), que apresenta taxa média de 3% a.a. no período; 2) IPCA – Os três primeiros cenários consideram 4,93% em 2017 (*Focus/BCB*, de 18 de novembro de 2016) e 4,5% entre 2018 e 2036; o quarto cenário utiliza as taxas do PLDO 2016 (anexo RGPS): 2017 (6%); 2018 (5,4%); 2019 (5%); 2020 a 2036 (3,5%); 3) Hipótese de RCL/PIB constante em 11,45% do PIB (previsão de 2017); 4) RCL de 2017 = R\$ 758,3 bilhões, conforme o PLOA 2017; 5) PIB nominal de 2016 estimado em R\$ 6.220,5 bilhões e RCL de 2016 estimada em R\$ 729,8 bilhões, conforme o *Relatório de Avaliação de Receitas e Despesas Primárias* da SOF/IMP – quinto bimestre de 2016; 6) Base para aplicação mínima em ASPS conforme a EC nº 95/2016, de 15% da RCL de 2017.

No cenário de crescimento real do PIB de 2,0% a.a., a desvinculação da RCL pela EC nº 95/2016 reduziria o limite mínimo em ASPS para 12,7% da RCL, em 2026, e para 10,5%, em 2036 – ao invés dos 15,0% previstos na regra da EC nº 86/2015 (gráfico 3).

GRÁFICO 3

Projeção do impacto da EC nº 95/2016 sobre o gasto federal com saúde em comparação com a manutenção da regra da EC nº 86/2015 (2017-2036)
(Em % da RCL)



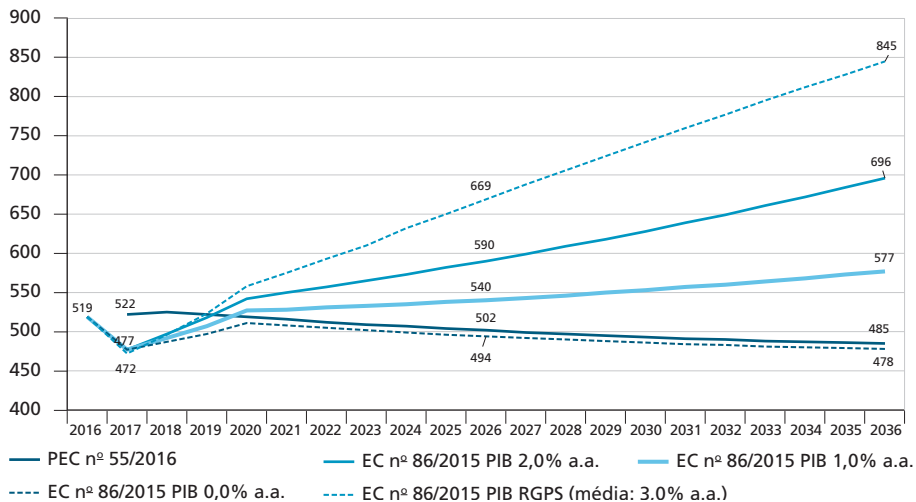
Elaboração do autor.

Obs.: Hipóteses: 1) PIB – Foram projetados quatro cenários para as taxas de crescimento real de PIB: três deles com taxa de crescimento real do PIB de 1% para 2017 (*Focus/BCB*, de 18 de novembro de 2016) e de 0%, 1% e 2% a.a. entre 2018 e 2036; o quarto cenário utiliza as estimativas de PIB e inflação do PLDO 2016 (anexo RGPS), que apresenta taxa média de 3% a.a. no período; 2) IPCA – Os três primeiros cenários consideram 4,93% em 2017 (*Focus/BCB* de 18 de novembro de 2016) e 4,5% entre 2018 e 2036; o quarto cenário utiliza as taxas do PLDO 2016 (anexo RGPS): 2017 (6%); 2018 (5,4%); 2019 (5%); 2020 a 2036 (3,5%); 3) Hipótese de RCL/PIB constante em 11,45% do PIB (previsão de 2017); 4) RCL de 2017 = R\$ 758,3 bilhões, conforme o PLOA 2017; 5) PIB nominal de 2016 estimado em R\$ 6.220,5 bilhões e RCL de 2016 estimada em R\$ 729,8 bilhões, conforme o *Relatório de Avaliação de Receitas e Despesas Primárias* da SOF/IMP – quinto bimestre de 2016; 6) Base para aplicação mínima em ASPS conforme a EC nº 95/2016, de 15% da RCL de 2017.

Por fim, o gasto *per capita*, calculado pela aplicação mínima, seria de R\$ 485,00 em 2036 no cenário de crescimento do PIB de 2,0% a.a.; 6,3% menor do que os R\$ 519,00 autorizados para aplicação em 2016 (gráfico 4). Com a regra da EC nº 86/2015, no cenário que considera o crescimento do PIB de 2,0% a.a., o valor *per capita* chegaria a R\$ 696,00 em 2036, 30,3% superior.

GRÁFICO 4

Projeção do impacto da EC nº 95/2016 sobre o gasto federal com saúde em comparação com a manutenção da regra da EC nº 86/2015 (2017-2036)
(Em R\$ de 2016 *per capita*)



Elaboração do autor.

Obs.: Hipóteses: 1) PIB – Foram projetados quatro cenários para as taxas de crescimento real de PIB: três deles com taxa de crescimento real do PIB de 1% para 2017 (*Focus/BCB*, de 18 de novembro de 2016) e de 0%, 1% e 2% a.a. entre 2018 e 2036; o quarto cenário utiliza as estimativas de PIB e inflação do PLDO 2016 (anexo RGPS), que apresenta taxa média de 3% a.a. no período; 2) IPCA – Os três primeiros cenários consideraram 4,93% em 2017 (*Focus/BCB*, de 18 de novembro de 2016) e 4,5% entre 2018 e 2036; o quarto cenário utiliza as taxas do PLDO 2016 (anexo RGPS): 2017 (6%); 2018 (5,4%); 2019 (5%); 2020 a 2036 (3,5%); 3) Hipótese de RCL/PIB constante em 11,45% do PIB (previsão de 2017); 4) RCL de 2017 = R\$ 758,3 bilhões, conforme o PLOA 2017; 5) PIB nominal de 2016 estimado em R\$ 6.220,5 bilhões e RCL de 2016 estimada em R\$ 729,8 bilhões, conforme o *Relatório de Avaliação de Receitas e Despesas Primárias* da SOF/MP – quinto bimestre de 2016; 6) Base para aplicação mínima em ASPS conforme a EC nº 95/2016, de 15% da RCL de 2017.

No cenário que considera taxas de crescimento do PIB de 2,0% a.a., a perda acumulada de recursos para financiamento das ASPS com a EC nº 95/2016 foi estimada em R\$ 415 bilhões em vinte anos, na comparação com os recursos que seriam alocados pelo governo federal a partir da aplicação da regra da EC nº 86/2015, sendo R\$ 69 bilhões nos primeiros dez anos e R\$ 347 bilhões nos dez anos seguintes, entre 2027 e 2036. A tabela 1 compara as perdas nos quatro cenários de taxas de crescimento do PIB.

As projeções apresentadas são exercícios sobre os impactos da EC nº 95/2016 e demonstram que o congelamento reduzirá o gasto com saúde como proporção do PIB, da RCL e em termos *per capita*. Foi adotada a hipótese simplificadora de crescimento da RCL na mesma proporção do PIB, o que subestimaria o crescimento da RCL em períodos de expansão econômica e, conseqüentemente, subestimaria as perdas com a EC nº 95/2016 com relação à regra anterior. A regra dessa emenda constitucional somente é favorável para a saúde em cenários de recessão econômica, dado o congelamento da aplicação mínima em termos reais. Ou seja, as receitas

podem cair, mas existe um montante mínimo a ser aplicado em saúde pública. Contudo, em cenários de crescimento econômico, as perdas podem ser tanto maiores quanto maior for o crescimento do PIB. Também é preciso considerar que dificilmente será possível aplicar recursos acima deste piso, dado o teto de gasto para as despesas primárias. Excetuando-se as áreas de saúde, educação e previdência, as demais áreas tenderão a disputar recursos que se tornarão cada vez mais escassos, e, nesse contexto, será pouco provável desfinanciar ainda mais essas outras áreas para alocar mais recursos em saúde.

TABELA 1

Estimativa de impacto da EC nº 95/2016 para o financiamento federal do SUS: cenários para o período 2017-2036 – perda acumulada e valor do gasto projetado para 2036

| Taxa de crescimento anual do PIB | Perda Acumulada 2017-2036 em relação à regra da EC 86 (R\$ bilhões de 2016) | Valor do gasto federal com Saúde (ASPS) em 2036 | | | |
|----------------------------------|---|---|----------|----------|---------------------------------|
| | | R\$ bilhões de 2016 | % do PIB | % da RCL | Valor per capita em R\$ de 2016 |
| 0,0 % ao ano | 50 | 110,0 | 1,74 | 15,2 | 485 |
| 1,0 % ao ano | -168 | 110,0 | 1,44 | 12,6 | 485 |
| 2,0% ao ano | -415 | 110,0 | 1,20 | 10,5 | 485 |
| LDO 2017 (*) | -738 | 111,6 | 0,99 | 8,7 | 492 |
| Empenhado 2015** | | 110,7 | 1,69 | 14,8 | 542 |
| Previsto 2016 | | 106,9 | 1,71 | 15,5 | 519 |

Elaboração do autor.

Notas: ¹ Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) de 2017 – anexo RGPS. Taxa de crescimento real do PIB das projeções atuariais para o RGPS (LDO 2017 – PL nº 2/2016). A média no período 2017-2036 é de 3% a.a. IPCA de 6% em 2017, 5% em 2019 e 3,5% a partir de 2020.

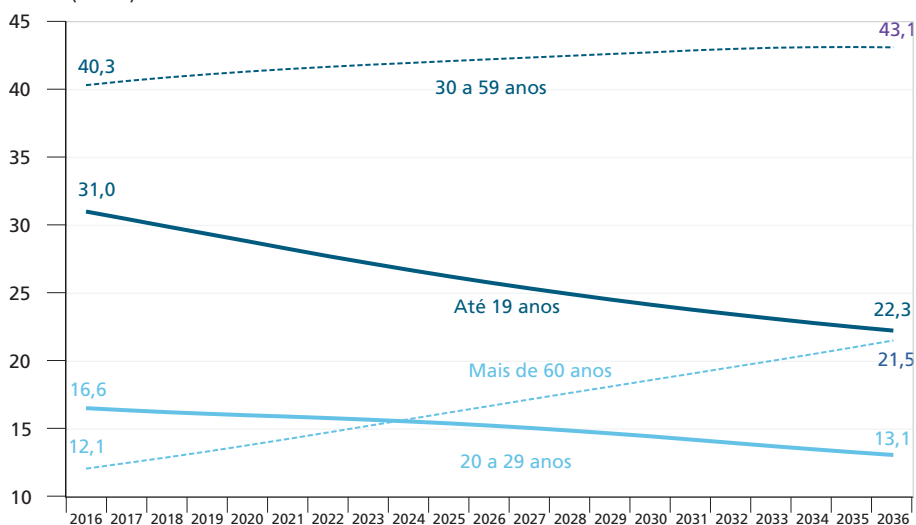
² O valor empenhado em 2015 foi de R\$ 100,1 bilhões correntes, equivalentes a R\$ 110,7 bilhões em valores de 2016.

Obs.: 1. Hipóteses: 1) PIB – Foram projetados quatro cenários para as taxas de crescimento real de PIB: três deles com taxa de crescimento real do PIB de 1% para 2017 (*Focus/BCB* de 18 de novembro de 2016) e de 0%, 1% e 2% a.a. entre 2018 e 2036; o quarto cenário utiliza as estimativas de PIB e inflação do PLDO 2016 (anexo RGPS), que apresenta taxa média de 3% a.a. no período; 2) IPCA – Os três primeiros cenários consideram 4,93% em 2017 (*Focus/BCB* de 18 de novembro de 2016) e 4,5% entre 2018 e 2036; o quarto cenário utiliza as taxas do PLDO 2016 (anexo RGPS): 2017 (6%); 2018 (5,4%); 2019 (5%); 2020 a 2036 (3,5%); 3) Hipótese de RCL/PIB constante em 11,45% do PIB (previsão de 2017); 4) RCL de 2017 = R\$ 758,3 bilhões, conforme o PLOA 2017; 5) PIB nominal de 2016 estimado em R\$ 6.220,5 bilhões e RCL de 2016 estimada em R\$ 729,8 bilhões, conforme o *Relatório de Avaliação de Receitas e Despesas Primárias* da SOF/MP – quinto bimestre de 2016; 6) Base para aplicação mínima em ASPS conforme a EC nº 95/2016, de 15% da RCL de 2017. 2. Figura cujos leiaute e textos não puderam ser padronizados e revisados em virtude das condições técnicas dos originais (nota do Editorial).

Outro aspecto relevante a ser considerado é o rápido processo de mudança na estrutura demográfica pela qual o Brasil passa, com aumento da expectativa de vida e queda das taxas de natalidade. As projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a estrutura etária indicam que a população brasileira com 60 anos ou mais, que hoje representa cerca de 12,1% da população total, em 2036, representará 21,5%. Em termos absolutos, em 2036, a população com 60 anos ou mais representará praticamente o dobro da atual (mais 96%), passando

de 24,9 milhões para 48,9 milhões de habitantes, e a população com 80 anos ou mais aumentará em mais de 150%, passando de 3,5 milhões para 8,8 milhões, o que pressionará o gasto público com saúde (gráfico 5).

GRÁFICO 5
Projeção da população por faixa etária (2016-2036)
(Em %)



Fonte: IBGE.

Essa mudança na estrutura demográfica colocará maior pressão sobre o SUS, que já lida com os resultados do processo de transição epidemiológica – ou seja, de maior protagonismo das doenças crônicas não transmissíveis entre as causas de adoecimento da população, dado o maior custo de assistência à saúde para a população mais idosa.¹⁵ Mais pessoas idosas implicam maiores necessidades de acesso a serviços de saúde e a medicamentos, em um contexto de rápida evolução na oferta de tecnologias e de aumento dos custos para tratamento e prevenção das doenças, mas com menor financiamento para fazer frente a esse quadro.

2.2 Projeto Plano de Saúde Acessível

Além de estabelecer limites ao gasto público, o governo federal está tentando aumentar a participação privada no financiamento da assistência à saúde. Uma proposta que vem sendo discutida para amortecer os problemas de financiamento do SUS é a ampliação da cobertura de planos de saúde privados, por meio da criação de um segmento de cobertura assistencial popular.

O Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho para elaborar o que foi denominado de projeto Plano de Saúde Acessível. A proposta, apresentada pelo

grupo de trabalho em ofício enviado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cria três novas modalidades de plano de saúde (plano simplificado, plano ambulatorial mais hospitalar e plano em regime misto de pagamento), que se diferenciam pela inclusão ou não de previsão de internação e de atendimento de urgência e emergência, e propõem também um arcabouço regulatório diferente para permitir a cobrança de prêmios de seguro menores e aumentar a cobertura por planos privados de saúde. As mudanças no arcabouço regulatório incluem: rede hierarquizada com acesso inicial obrigatório pela atenção primária; coparticipação¹⁶ de pelo menos 50% do valor dos procedimentos; definição de protocolos clínicos; mudanças nas regras de reajuste de preços dos planos; obrigatoriedade de segunda opinião médica para os procedimentos de alta complexidade; alargamento dos prazos de atendimento; e cobertura de procedimentos adaptada à disponibilidade da rede assistencial no município. Maior cobertura pela saúde suplementar, de acordo com os defensores do projeto, entre os quais se destaca o próprio ministro da Saúde, aliviará os gastos do governo com o SUS e ajudará a “construir a universalização que está prevista na Constituição”.

De imediato, é possível antecipar que a proposta, se implementada, aprofundará ainda mais a segmentação e as desigualdades no sistema de saúde. Aproximadamente 27% da população brasileira já conta com cobertura por planos e seguros privados de saúde, sendo que mais de 65% dos vínculos correspondem a planos coletivos empresariais e existe forte associação entre renda e cobertura por plano privado de saúde (Bahia *et al.*, 2006; Andrade e Maia, 2007). As desigualdades no uso da assistência à saúde entre o grupo populacional coberto exclusivamente pelo SUS e o grupo que adicionalmente possui algum plano privado de saúde são bem documentadas (Piola *et al.*, 2010; Szcwarcwald, Sousa-Júnior e Damacena, 2010; Macinko e Lima-Costa, 2012).

Adicionalmente, é pouco provável que maior cobertura por seguro privado promova alívio fiscal e melhoria de acesso¹⁷ no sistema de saúde como um todo. O tipo de cobertura privada existente no Brasil é o que se denomina na literatura econômica de seguro de saúde privado duplicado e existe com diferentes graus de cobertura populacional e de serviços em países com seguro público universal, como Austrália e Reino Unido. A julgar pela experiência destes países, é pouco provável que políticas de promoção de cobertura por planos de saúde privados contribuam para a redução de gastos no sistema público.

A elasticidade-preço da demanda por seguro privado de saúde é baixa, e, portanto, políticas isoladas de redução de preços têm pouco impacto sobre o

16. Isto é, o beneficiário terá de arcar com ao menos 50% do custo da assistência à saúde recebida.

17. Melhoria de acesso aqui é um termo abrangente, que pode significar aumentar a população coberta, ampliar o rol de bens e serviços prestados, reduzir o tempo de espera por procedimentos, melhorar a qualidade da hotelaria etc.

aumento da cobertura por seguro privado. Estimativas da elasticidade-preço da demanda por plano privado de saúde na Austrália, feitas por Butler (2002), situam-se entre -0,35 e -0,50. Uma baixa elasticidade que ajuda a explicar porque o programa de subsídios implantado no final da década de 1990 na Austrália não foi capaz individualmente de induzir um aumento significativo no percentual da população coberta por seguro privado.¹⁸ Somente quando combinado com outros instrumentos é que houve aumento substancial na cobertura. Mesmo assim, elevados subsídios foram necessários para atingir esse objetivo (Quinn, 2002; Duckett e Jackson, 2000).

De qualquer modo, a maior resposta aos incentivos veio de indivíduos que não usariam o sistema público (Goda, 2010; Vaithianathan, 2002), e isso se refletiu no resultado líquido da política. Embora a população coberta por seguro privado tenha aumentado significativamente, estimativas feitas para o final da década de 1990 mostravam que o custo líquido do programa de subsídios (incentivos tributários menos redução de gastos no sistema público) representou mais de 11% do orçamento com serviços hospitalares públicos (Hurley *et al.*, 2002) e que o alívio fiscal no sistema público correspondeu a menos de um sexto dos subsídios (Frech e Hopkins, 2004).

No Reino Unido, o governo introduziu incentivos tributários para a compra de seguro privado por indivíduos com 60 anos ou mais de idade em 1990. Os incentivos foram extintos sete anos mais tarde, porque o crescimento na cobertura foi muito baixo para que a redução dos gastos no setor público compensasse os custos dos incentivos. Emmerson, Frayne e Goodman (2001) estimam que seria necessário um acréscimo de 1,8 milhão de segurados para que um programa nos moldes do implementado no Reino Unido valesse a pena, e nos sete anos de existência dos incentivos o número de segurados cresceu apenas 50 mil (Mossialos e Thomson, 2004).

Embora possa haver melhoria de acesso por parte de seus beneficiários, não existe garantia de que o seguro privado contribua para melhorar o acesso no sistema público. O Canadá possui um sistema de saúde público de acesso universal, no qual o seguro privado duplicado é bastante limitado e tem experimentado historicamente tempo de espera para assistência à saúde semelhante ou menor do que o tempo de espera em alguns países em que o seguro privado duplicado é mais disseminado (Hurst e Siciliani, 2003). No Reino Unido, quando houve melhorias de acesso no sistema público, foi devido ao aumento de recursos (Tuohy, Food e Stabile, 2004; Madore, 2006). Também não há indicação de que o seguro privado duplicado tenha

18. A elasticidade-preço da demanda por seguro privado de saúde mede a variação percentual na quantidade comprada de seguro em função da variação de 1 ponto percentual (p.p.) no preço da apólice. Uma elasticidade-preço de -0,35 significa dizer que uma queda de 1% no preço leva a um aumento de 0,35% na quantidade comprada.

contribuído para a melhoria de acesso no sistema público australiano (Hurley *et al.*, 2002; Hurst e Siciliani, 2003).

Assim como no caso australiano, a elasticidade-preço da demanda por seguro privado no Brasil é baixa e foi estimada em -0,44 (Menezes *et al.*, 2006). Portanto, as mesmas dificuldades para expandir a cobertura somente com redução do prêmio de seguro devem se aplicar ao caso brasileiro, ainda mais quando se considera a elevada coparticipação nos custos dos tratamentos por parte do beneficiário que está sendo proposta. Contudo, prêmios de seguro mais baixos e a elevada coparticipação dos beneficiários podem levar a maior cobertura via empregador. De qualquer modo, se o resultado da política for um aumento da população coberta pela saúde suplementar, depara-se com outro problema relevante, que é a insuficiência da rede assistencial. Atualmente, dificuldades de acesso no SUS e na saúde suplementar têm sido recorrentes, e, em que pesem problemas de gestão, falta de recursos financeiros e outros problemas, existem evidências de que os recursos físicos e humanos disponíveis não têm sido capazes de assegurar atendimento adequado, como evidenciado principalmente pelos vazios assistenciais na saúde suplementar (ANS, 2015) e no SUS (Ipea, 2017). Dado que o SUS e a saúde privada competem por recursos assistenciais privados – determinados pela capacidade instalada –, a expansão da cobertura na saúde suplementar pode provocar apenas a substituição da assistência prestada no SUS, não havendo, portanto, melhorias de acesso.

Em conclusão, embora a proposta traga elementos positivos para a assistência prestada na saúde suplementar – por exemplo, a exigência de acesso inicial pela atenção primária, a definição de protocolos clínicos e a obrigatoriedade de segunda opinião médica para os procedimentos de alta complexidade –, o exposto anteriormente sugere cautela com programas de incentivo à expansão da cobertura privada de seguro de saúde, como forma de melhorar o acesso e reduzir os gastos no sistema público. Existe pouco alívio fiscal e melhoria de acesso que possam advir de seguro privado duplicado; ainda mais quando são levados em conta os benefícios tributários concedidos ao consumo privado de assistência à saúde, que ampliarão se houver aumento da cobertura pela saúde suplementar.¹⁹ De fato, é mais razoável supor que o resultado da proposta seja a substituição gradual de planos e seguros existentes pelos novos produtos com regulação mais frouxa e maior coparticipação dos beneficiários nos custos dos tratamentos, transferindo, assim, para o SUS os casos mais complexos e mais custosos (Andrade *et al.*, 2018).

19. Para se ter ideia, em 2014, o gasto tributário via imposto de renda com o consumo privado de assistência à saúde já foi de quase R\$ 15 bilhões, o que representa mais de 13% do gasto federal com ações e serviços públicos de saúde (Brasil, [s.d.]).

2.3 SUS Legal: proposta de mudanças nas transferências intergovernamentais

Além das mudanças na vinculação legal de recursos federais para o SUS, também foram propostas mudanças na forma de transferência dos recursos federais para os demais entes da Federação, com o objetivo de tornar mais eficiente a alocação destes recursos entre os diversos programas e políticas.

Os representantes dos gestores do SUS pactuaram, em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 26 de janeiro de 2017, proposta de modificação significativa no mecanismo de transferência de recursos federais para estados e municípios. Essa medida, chamada de SUS Legal, propõe a alteração da forma vigente de repasse de recursos em seis blocos de financiamento (assistência farmacêutica; atenção básica; gestão; investimentos; média e alta complexidade – MAC; e vigilância em saúde) para dois blocos, um para os recursos de custeio e outro para capital. Com esta alteração, as transferências deixariam de ter a sua aplicação definida *a priori*, segundo as grandes áreas representadas pelos blocos de financiamento e pelos componentes vinculados a eles, e passariam a ter a sua destinação predefinida apenas como despesas para custeio e para investimentos no SUS. Com isso, a decisão sobre a aplicação desses recursos em áreas de atuação do sistema, políticas e programas ficaria inteiramente sob a responsabilidade de municípios e estados.²⁰ Por ora, a medida foi pactuada, mas precisa ser regulamentada e implementada.²¹

Um dos argumentos utilizados para justificar a mudança nesse mecanismo, especialmente pela representação dos municípios, é que os recursos federais são transferidos de forma muito engessada, em várias linhas de repasses, entre as automáticas, que são destinadas a todos os entes da Federação, e os incentivos, que estão sujeitos à adesão por parte do ente, o que dificultaria a gestão local, fazendo com que sobrem recursos para algumas finalidades e faltem para outras. Levantamento feito sobre os recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais de saúde revela que eram possíveis até 115

20. As decisões sobre as transferências de recursos federais se dão no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que as regulamenta por meio de portarias. Atualmente, nas reuniões da CIT, os representantes dos estados (Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS) e dos municípios (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS) pactuam a implantação de serviços, políticas e programas com o Ministério da Saúde e estabelecem linhas de repasse de recursos federais para financiá-los, seja isoladamente pela União, seja com a participação dos demais entes da Federação. Essas linhas de repasse são organizadas em componentes dos blocos de financiamento, sistematizando desta forma a execução financeira do Ministério da Saúde quanto às modalidades de transferência dos recursos. Assim, tem-se elevada vinculação dos recursos federais transferidos para financiamento de serviços de saúde, políticas específicas, programas e até mesmo projetos no âmbito do SUS.

21. Ver Brasil (2017b).

linhas de repasses²² para os municípios e 96 para os estados em 2016. A mediana do número de linhas de repasses para municípios foi de 23, sendo que naqueles com mais de 1 milhão de habitantes foi de 62. Os municípios com maior número de repasses foram São Paulo e Belo Horizonte, com 75.

TABELA 2
Mediana do número de linhas de repasse do Ministério da Saúde para secretarias municipais de saúde para custeio de ações e serviços de saúde (2016)

| Faixa de população | Nº de municípios | Mediana do nº de repasses por blocos de financiamento (custeio) | | | | | |
|-------------------------------|------------------|---|----------------|---------------------------|--------------------------|---------------------|----------|
| | | Total | Atenção básica | Média e alta complexidade | Assistência farmacêutica | Vigilância em saúde | Gestão |
| Acima de 1 milhão de hab. | 16 | 62 | 16 | 31 | 2 | 12 | 2 |
| De 500 mil a 1 milhão de hab. | 24 | 52 | 15 | 24 | 2 | 12 | 1 |
| De 200 mil a 500 mil hab. | 107 | 40 | 12 | 14 | 2 | 11 | 1 |
| De 100 mil a 200 mil hab. | 161 | 33 | 12 | 10 | 2 | 11 | 0 |
| De 50 mil a 100 mil hab. | 350 | 29 | 11 | 6 | 1 | 10 | 0 |
| De 20 mil a 50 mil hab. | 1.101 | 24 | 11 | 3 | 1 | 10 | 0 |
| De 10 mil a 20 mil hab. | 1.365 | 21 | 10 | 1 | 1 | 9 | 0 |
| De 5 mil a 10 mil hab. | 1.208 | 20 | 10 | 1 | 1 | 9 | 0 |
| Até 5 mil hab. | 1.237 | 19 | 9 | 1 | 1 | 9 | 0 |
| Total | 5.569 | 23 | 10 | 1 | 1 | 9 | 0 |

Fonte: Ministério da Saúde; Fundo Nacional de Saúde.
Elaboração do autor.

A equipe responsável pela execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde argumenta que o entendimento de que há excessivo engessamento no uso dos recursos federais seria equivocado, uma vez que os blocos de financiamento têm vinculados a cada um deles apenas uma conta bancária para operação dos repasses; exceção feita para o de assistência farmacêutica, que possui duas contas, sendo que a aplicação dos recursos de cada conta ficaria a critério do gestor local, desde que

22. Cada linha de repasse representa uma regra específica para aplicação dos recursos e é destinada ao financiamento de um serviço, uma política ou um programa de saúde. Quando se diz que eram possíveis até 115 linhas de repasses para municípios, por exemplo, isso significa que existiam 115 linhas para o financiamento de serviços, políticas e programas para estes entes da Federação. O número de linhas de repasse que cada município recebe depende da sua capacidade instalada para a oferta de serviços e de sua adesão às políticas e aos programas que foram pactuados pelos três gestores do SUS no âmbito da CIT.

utilizados para financiar ações e serviços dentro desta grande área que representa o bloco, conforme regulamentação dada pela Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007.²³ Contudo, na prática, a contradição é que esta própria equipe alerta que as regras para uso dos recursos editadas nas portarias que estabelecem as várias linhas de repasse – para programas ou iniciativas na saúde – precisam ser observadas pelos gestores estaduais e municipais. E, de fato, elas são consideradas pelos órgãos de controle quando das auditorias sobre a sua aplicação, mesmo que contradigam a orientação anterior da portaria que estabelece as regras de caráter geral (Portaria GM/MS nº 204/2007).

O excesso de regulamentação na aplicação dos recursos cria barreiras importantes para a execução das políticas localmente e configura uma banalização do poder de indução das políticas por parte do Ministério da Saúde. Os efeitos dessa prática sobre a efetividade dos programas precisariam ser melhor avaliados, mas se podem esperar resultados pouco expressivos do ponto de vista nacional, dada a pulverização dos recursos em incentivos repassados por adesão e dispersos em todo o território, sem que um plano contendo objetivos e metas tenha sido elaborado para defini-los. Entretanto, a eliminação dos blocos de financiamento e das regras de aplicação dos recursos de cada linha de repasse precisaria ser analisada com cautela por várias questões e problemas ainda existentes no SUS.

A primeira questão consiste no fato de que é preciso garantir mecanismos de sustentação da implementação de políticas nacionais e é necessário reconhecer que o financiamento federal exerce este papel. A literatura sobre o federalismo brasileiro e a política de saúde tem demonstrado que o sucesso na descentralização de ações e serviços de saúde, bem como na implementação das políticas e programas, é devido, em parte, à capacidade de o Ministério da Saúde induzir tais processos por meio da alocação de recursos.²⁴ A mudança proposta no SUS Legal reduz drasticamente a possibilidade de o órgão influir nesta implementação, haja vista o fato de que a decisão de alocação dos recursos federais passaria a ser tomada autonomamente pelos municípios e estados e o ministério ficaria sem um dos principais instrumentos de coordenação dos esforços dos entes da Federação em âmbito nacional.

A segunda questão é a respeito do planejamento no sistema que poderia ser um instrumento importante de coordenação das iniciativas relevantes nacionalmente, fazendo com que talvez se prescindisse da indução federal via financiamento, permanece frágil e pouco utilizado para esta finalidade. Planos de saúde ainda são elaborados de forma cartorial, porque sua existência é exigida legalmente e constitui requisito para o recebimento de transferências federais de recursos. Além disso, o planejamento ascendente, previsto na Lei nº 8.080/1990 e pensado

23. Ver Oliveira Júnior *et al.* (2017).

24. Ver Arretche (2002; 2004).

como processo necessário para a consideração de necessidades e prioridades locais quando da elaboração dos planos de saúde para os âmbitos estadual e nacional, tampouco se consolidou.

Recentemente, como desdobramento da proposição de alteração do mecanismo de repasse dos recursos federais, tem-se discutido o planejamento ascendente como um processo a ser implementado no SUS. Embora a iniciativa de priorizá-lo seja louvável, altamente relevante e mereça apoio, no atual contexto, a proposta de repassar os recursos livremente para depois se implementar o planejamento ascendente, a fim de subsidiar a elaboração de planos de saúde mais afinados com as necessidades locais, subverte a ordem natural nos processos de planejamento e desconsidera a finalidade de sua realização. É natural em um processo de planejamento que, em primeiro lugar, se enunciem quais são os problemas, quais são prioritários, quais são as soluções possíveis, quais soluções serão implementadas e quais os recursos necessários, para depois compatibilizar as expectativas com os recursos disponíveis, priorizando-se as mais relevantes, segundo critérios que precisam estar explícitos.

A terceira questão a ser considerada a respeito do SUS Legal também tem relação com o planejamento no sistema e diz respeito aos critérios de rateios de recursos. Critérios para a distribuição dos recursos já são utilizados no SUS; foram pactuados, mas não seguiram o que estava previsto na Lei nº 8.142/1990 – que era a regra vigente antes da Lei Complementar nº 141/2012.²⁵ Esses critérios foram e são utilizados pelos representantes das três esferas de governo quando da aprovação de cada linha de repasse para estados e municípios. Contudo, não se tem uma visão geral da aplicação do conjunto dos critérios e dos métodos utilizados na partilha dos recursos. Com a aprovação da Lei Complementar nº 141/2012, foi estabelecido um conjunto vasto de critérios, de difícil implementação, e o Ministério da Saúde ficou obrigado a definir e a publicar anualmente a metodologia pactuada e os valores a serem transferidos a cada ente da Federação; algo que não vem sendo cumprido. Não por simples omissão, mas porque redefinir o método utilizado no rateio implica realocação de recursos entre os entes, uma vez que nos últimos anos não se observou aporte de recursos adicionais ao orçamento federal da saúde em relação à aplicação mínima. Se estados e municípios não admitem a realocação, pois alguns entes perderiam recursos federais para que outros ganhassem, então o impasse está criado, e isso muito provavelmente explica o fato de que até o momento este dispositivo legal não tem sido observado.

Ainda que a redefinição dos critérios de rateio seja mencionada como crucial para a implementação da mudança pactuada na CIT (SUS Legal), sua operacionalização não é fácil. Reconhece-se o mérito de a Lei Complementar nº 141/2012 ter demonstrado preocupação com as desigualdades regionais, mas também se aponta que, a menos que o Conselho Nacional de Saúde (CNS) ou os órgãos de

25. Ver Melamed (2011, p. 64).

controle exijam sua implementação, dificilmente o gestor federal, em conjunto com as representações de gestores dos estados e dos municípios, apresentará uma proposta no curto ou médio prazo, pelas razões financeiras mencionadas.²⁶

A tendência para os próximos anos é de redução da participação federal no financiamento do SUS, em razão do congelamento da aplicação mínima do Ministério da Saúde em termos reais, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016 (Novo Regime Fiscal, mais conhecida como a emenda do teto de gasto). Com isso, a probabilidade de que seja solucionado o impasse envolvendo os critérios de rateio é baixa. Assim, caso a mudança no mecanismo de repasse se efetive, os critérios e os rateios atuais terão que ser mantidos, reduzindo a possibilidade de os planos elaborados influírem sobre o montante de recursos distribuídos a cada ente da Federação. Preserva-se, dessa forma, a lógica vigente de distanciamento entre o planejamento e a alocação de recursos, pois os montantes alocados permanecerão sendo definidos *a priori*, com base no volume de recursos disponíveis, sem possibilidade de estabelecimento de critério que leve em conta as necessidades locais e regionais quanto à oferta de bens e serviços de saúde, a fim de reduzir as desigualdades e garantir a integralidade da atenção à saúde em todo o território nacional. Na verdade, com ou sem o SUS Legal, a dificuldade envolvendo a publicação dos métodos e dos valores persistirá, dada a situação atual de congelamento da aplicação mínima federal em ASPS.

A quarta questão que merece destaque é o provável efeito da mudança proposta sobre a pressão que o governo federal sofre em razão do financiamento da saúde. Os blocos de financiamento garantem, em certa medida, que seja preservada a alocação dos recursos federais em grandes áreas. Isso ocorre porque as linhas de repasse são pactuadas e traduzem compromissos assumidos pelo Ministério da Saúde no financiamento de ações e serviços de atenção básica, de média e alta complexidade, de vigilância em saúde etc. A margem para o MS realocar os recursos entre os blocos é estreita. Ocorre que, sob a vigência do teto de gasto, a pressão sobre o órgão tende a aumentar, especialmente para a habilitação de novos serviços de média e alta complexidade e o aumento do valor repassado (ampliação do teto de MAC). É preciso também lembrar que os estados e os municípios não podem usar os recursos repassados em um bloco no financiamento de despesas vinculadas a outro bloco durante o exercício financeiro.²⁷ Assim, a mudança do mecanismo de repasse aliviaria a pressão sobre o Ministério da Saúde para mais financiamento, particularmente para a média e alta complexidade, pois estaria na discricionariedade dos gestores estaduais e municipais a distribuição dos recursos

26. Ver Piola (2017).

27. Segundo os dirigentes do Fundo Nacional de Saúde e da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, a realocação dos recursos pelos estados e municípios de um bloco de financiamento para outro apenas pode ser feita no final de cada ano mediante autorização do Ministério da Saúde.

conforme as prioridades que definirem. Essa situação pode contribuir para maior desresponsabilização do governo federal no financiamento da saúde.

Outra questão que se apresenta em quinto lugar nesta discussão é o risco elevado de os serviços assistenciais de média e alta complexidade exercerem maior pressão sobre o orçamento municipal e estadual em um contexto de não existência dos blocos de financiamento, e de esses serviços absorverem recursos que seriam destinados a outras ações e serviços de saúde, especialmente em atenção básica e vigilância em saúde.²⁸ É de conhecimento geral a participação expressiva da média e alta complexidade no gasto do SUS, cujos custos de bens e serviços oferecidos são igualmente elevados. Pressionados pela demanda crescente e no contexto do teto de gasto no governo federal, os gestores locais podem priorizar o financiamento dos serviços assistenciais mais complexos, em detrimento da atenção básica e de ações de promoção e proteção à saúde. No médio e longo prazos, os efeitos desta escolha podem ser graves para a organização do SUS, resultando em retorno ao modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde, elevação dos custos do cuidado e piora da situação de saúde da população. Está claro que os gestores decidiriam sobre a distribuição dos recursos entre os diversos serviços e níveis de complexidade, podendo manter as diretrizes mestras de organização do sistema como o foco na atenção básica, mas a situação local em termos de capacidades individuais, organizacionais e institucionais para a gestão do sistema de saúde não permite muita tranquilidade a esse respeito.

Por isso, destaca-se a governança local como a sexta questão a se considerar. A descontinuidade política, a fragilidade técnica e a alta rotatividade de secretários nos municípios, assim como a ausência de secretarias estaduais de saúde atuantes devido às suas fragilidades estruturais e técnicas, têm sido apontadas como problemas frequentes no SUS. Adicionam-se ainda a esse rol de limitações: a gestão efetiva e eficiente do sistema; a dificuldade de os colegiados regionais superarem os interesses eleitorais, clientelistas e corporativos presentes na cultura política municipal; a incapacidade para regular o setor privado contratado, seja para a gestão ou para a prestação de serviços; a fragilidade dos instrumentos jurídicos para garantia das pactuações; e a dificuldade de regulação dos fluxos regionais.²⁹

Finalmente, uma sétima questão relevante diz respeito à regionalização da assistência à saúde. A regionalização é essencial para assegurar o acesso aos serviços especializados e, conseqüentemente, garantir a integralidade da atenção à saúde, o que demanda o estabelecimento de relações cooperativas entre os membros da

28. Essa pressão decorre da demanda por serviços, seja pela procura direta dos cidadãos, seja por meio do Judiciário. A oferta de serviços de saúde em média e alta complexidade ainda é um dos gargalos do SUS, o que compromete a garantia de integralidade da atenção à saúde. Muitos pacientes esperam em longas filas para realização de exames e de procedimentos.

29. Ver Mello *et al.* (2017).

Federação, sendo essas relações particularmente importantes entre os municípios e entre estes e seus estados. Em 2011, aproximadamente 76% (4.221) do total de municípios (5.563) dispunham de apenas serviços de atenção básica em seu território, quase 22% (1.219) deles tinham pouca estrutura em média e alta complexidade e apenas 2,2% (123) possuíam estrutura mediana para os serviços de média e alta complexidade,³⁰ o que não apenas demonstra a necessidade de organizar a oferta em bases regionais, mas também indica a alta concentração dos serviços especializados em poucos municípios.

Embora ainda hoje muitos sejam os obstáculos à regionalização da assistência à saúde, como a falta de recursos novos, a ausência do poder político-partidário e do Executivo estadual nas coalizões de apoio à regionalização, além da judicialização da saúde, que contribui para que os entes da Federação tenham receio de explicitar seus compromissos quanto à oferta de bens e serviços de saúde,³¹ a alteração do mecanismo de repasse dos recursos federais pode criar condições mais desfavoráveis a esse processo. A experiência pregressa do próprio SUS aporta lições importantes a esse respeito. A descentralização dos serviços de saúde promovida com base na municipalização, feita no início dos anos 1990, é apontada como indutora da fragmentação e da baixa capacidade de integração e solidariedade entre os entes da Federação, a despeito de o desenho do sistema prever a integração dos municípios a um sistema único pela racionalidade de uma legislação constitucional, da existência de órgãos colegiados para definição de políticas e normas e da previsão de coordenação do sistema pela União e pelos estados. Na prática, a municipalização por si só pode ser causa de iniquidade no acesso a serviços de saúde, em razão das desigualdades de oferta e de qualidade entre os municípios e entre as grandes regiões do país.³²

Argumentos de natureza econômica justificam a regionalização da oferta de serviços especializados, na medida em que é preciso otimizar o uso dos recursos no sistema. A oferta de serviços de saúde em todos os níveis de complexidade em todos os entes da Federação é algo impraticável em um país com 5.568 municípios, dos quais 4.915 (88%) têm menos de 50 mil habitantes, seja porque se perde muito com a escala e os custos aumentam, seja porque a resolutividade dos serviços seria baixa, uma vez que o acesso a profissionais especializados e a recursos tecnológicos mais avançados é mais difícil nos municípios menores. Uma análise sobre a influência do porte dos hospitais, de sua natureza jurídica,³³ de seu tipo de unidade e da

30. Ver Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS). Grupos homogêneos. Disponível em: <<https://bit.ly/2GvFgKs>>. Acesso em: 25 maio 2017.

31. Ver Moreira, Ribeiro e Ouverney (2017).

32. Ver Santos (2006).

33. Trata-se da natureza jurídica da entidade que gerencia, dirige ou administra o estabelecimento de saúde. Entre as categorias de natureza jurídica, encontram-se: administração direta de saúde; administração direta de outros órgãos; fundação; autarquia; empresa; organização social pública; economia mista; cooperativa; sindicato; e associação profissional.

existência de atividade de ensino sobre o desempenho da rede hospitalar do SUS mostra o efeito da escala para a eficiência dos hospitais, sendo que o desempenho é superior para os hospitais maiores.³⁴

Com a proposta do SUS Legal, tem-se observado que o debate sobre a regionalização da assistência está na agenda de seus formuladores, algo que precisa ser reconhecido como importante. A questão que se levanta é se os municípios, com baixa participação dos estados e com a possibilidade de reduzida atuação do governo federal, se implementada a mudança, serão capazes e terão forças sozinhos para se articularem, a fim de conformarem macrorregiões ou regiões de saúde, além de redes de atenção à saúde. Pelas evidências que se têm até o momento, provenientes de estudos sobre o federalismo brasileiro na saúde, e dado o contexto de subfinanciamento do sistema, pode-se prever que esta tarefa será muito difícil.

Por todas as questões apresentadas, é preciso ter cautela com a implementação da proposta de mudança de repasse de recursos contida no SUS Legal, considerando os seus prováveis impactos para a organização do sistema e, conseqüentemente, para a garantia da integralidade da atenção à saúde. A favor da proposta, tem-se advogado pelo respeito à autonomia dos entes e propõe-se a transferência global dos recursos federais, em consonância com o planejamento de cada um deles e do planejamento regional.³⁵ Defende-se a adoção de critérios de rateio e a implementação do planejamento ascendente, a fim de definir *a priori* o volume de recursos que serão repassados e de respeitar, assim, as necessidades locais.³⁶ Também se reconhece o mérito da proposta, mas se pondera que a simples alteração do mecanismo de repasse sem regulamentação dos critérios de rateio constitui um problema, porque, com o financiamento insuficiente do SUS, tal mudança aliviaria a pressão sobre o Ministério da Saúde a respeito da necessidade de mais recursos para o sistema, e seriam mantidos os valores atuais repassados a cada ente da Federação, sem correções que pudessem contribuir para a equidade na alocação desses recursos.³⁷

Reduzir a possibilidade de o governo federal coordenar o processo de implementação de políticas nacionais por meio do estabelecimento de mecanismos atrelados ao seu financiamento não parece uma saída adequada, pelos vários problemas e questões que foram apresentadas. Mas também não é admissível o grau de engessamento que o Ministério da Saúde impõe aos gestores estaduais e municipais quanto ao uso dos recursos federais, por meio de regramentos excessivos vinculados às dezenas de linhas de repasse. É preciso encontrar uma solução intermediária que flexibilize a aplicação de recursos pelos secretários de saúde, mas que preserve

34. Ver Ramos *et al.* (2015).

35. Ver Junqueira (2016).

36. Ver Santos (2016).

37. Ver Mendes (2017).

a possibilidade de o gestor federal orientar os processos de alocação de recursos para o alcance dos objetivos nacionais da política de saúde, com a participação dos gestores estaduais de saúde neste processo de coordenação da política e dos esforços dos entes da Federação.

3 ACOMPANHAMENTO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS

3.1 Execução orçamentário-financeira do Ministério da Saúde em 2015 e 2016

Em 2015, o MS teve dotação inicial para as despesas com ASPS no valor de R\$ 110,9 bilhões, tendo sido autorizados 99,6% deste valor ao final do exercício. Contudo, a execução orçamentária, calculada pela participação das despesas empenhadas em relação ao valor autorizado, foi de 91,0%, revelando que havia espaço no orçamento para execução de cerca de R\$ 10 bilhões a mais (tabela 3).

O saldo orçamentário diminuiu em 2016 para aproximadamente R\$ 3,7 bilhões em razão de a execução ter aumentado para 96,7%, o que revela maior esforço de ajuste entre o orçamento autorizado e as despesas empenhadas por parte do governo federal. Note-se que o valor autorizado em ambos os anos foi praticamente o mesmo (R\$ 110,4 bilhões).

TABELA 3
Execução orçamentário-financeira do Ministério da Saúde em ASPS por modalidade de aplicação (2015 e 2016)

| Modalidade de aplicação | Exercício 2015 | | | | | | | | Execução financeira (h) = (e)/(c) |
|--|---------------------------|-------------------|-------------------|------------------|------------------|--|---|---|--------------------------------------|
| | Valores em milhões de R\$ | | | | | | | | |
| | Dotação inicial (a) | Autorizado (b) | Empenhado (c) | Liquidado (d) | Pago (e) | Saldo orçamentário (f) = (b) - (c) | Execução orçamentária (g) = (c)/(b) | Execução financeira (h) = (e)/(c) | |
| Transferências a estados e ao DF | 19.402,21 | 19.571,03 | 17.189,19 | 16.714,99 | 16.711,16 | 2.381,84 | 87,83% | 97,22% | |
| Transferências a municípios | 52.454,59 | 50.868,27 | 47.116,20 | 44.883,96 | 44.861,94 | 3.752,06 | 92,62% | 95,22% | |
| Transferências a instituições privadas sem fins lucrativos | 2.488,58 | 2.485,35 | 1.353,28 | 775,49 | 764,54 | 1.132,07 | 54,45% | 56,50% | |
| Transferências a instituições multigovernamentais | 7,06 | 7,06 | 4,30 | - | - | 2,76 | 60,88% | - | |
| Transferências a consórcios públicos | 20,79 | 20,79 | - | - | - | 20,79 | - | - | |
| Transferências ao exterior | 2.114,64 | 2.114,64 | 2.084,09 | 2.020,62 | 2.020,62 | 30,55 | 98,56% | 96,95% | |
| Aplicações diretas | 34.265,34 | 34.801,01 | 32.307,80 | 28.565,43 | 27.846,40 | 2.493,21 | 92,84% | 86,19% | |
| Aplicações diretas (reposição de RP anelados) | - | 405,47 | 405,47 | 375,22 | 375,22 | - | 100,00% | 92,54% | |
| Reserva de contingência | 171,12 | 175,54 | - | - | - | 175,54 | - | - | |
| TOTAL | 110.924,32 | 110.449,16 | 100.460,34 | 93.335,70 | 92.579,87 | 9.988,83 | 90,96% | 92,16% | |
| Modalidade de aplicação | Exercício 2016 | | | | | | | | Execução financeira (h) = (e)/(c) |
| | Valores em milhões de R\$ | | | | | | | | |
| | Dotação inicial (a) | Autorizado (b) | Empenhado (c) | Liquidado (d) | Pago (e) | Saldo orçamentário (f) = (b) - (c) | Execução orçamentária (g) = (c)/(b) | Execução financeira (h) = (e)/(c) | |
| Transferências a estados e ao DF | 18.566,54 | 18.568,17 | 17.841,03 | 17.084,08 | 17.084,08 | 727,14 | 96,08% | 95,76% | |
| Transferências a municípios | 48.781,95 | 50.026,87 | 48.812,23 | 46.976,01 | 46.975,97 | 1.214,64 | 97,57% | 96,24% | |
| Transferências a instituições privadas sem fins lucrativos | 1.834,48 | 1.853,34 | 1.532,47 | 666,68 | 665,67 | 320,87 | 82,69% | 43,44% | |
| Transferências a instituições multigovernamentais | 19,71 | 19,71 | 18,67 | 1,43 | 1,43 | 1,04 | 94,72% | 7,65% | |
| Transferências a consórcios públicos | 3,44 | 3,44 | 0,25 | 0,25 | 0,25 | 3,19 | 7,26% | 100,00% | |
| Transferências ao exterior | 2.874,54 | 2.713,01 | 2.656,58 | 2.369,49 | 2.369,49 | 56,42 | 97,92% | 89,19% | |
| Aplicações diretas | 36.700,32 | 36.761,85 | 35.542,22 | 32.025,58 | 31.755,35 | 1.219,63 | 96,68% | 89,35% | |
| Aplicações diretas (reposição de RP anelados) | - | 315,00 | 315,00 | 79,71 | 79,71 | - | 100,00% | 25,31% | |
| Reserva de contingência | 142,12 | 142,92 | - | - | - | 142,92 | 0,00% | 0,00% | |
| TOTAL | 108.983,08 | 110.404,29 | 106.718,45 | 99.203,23 | 98.931,96 | 3.683,85 | 96,66% | 92,70% | |

Fonte: Siga Brasil.

Elaboração do autor.

Obs.: Figura reproduzida em baixa resolução e cujos leiaute e textos não puderam ser padronizados e revisados em virtude das condições técnicas dos originais (nota do Editorial).

A execução financeira, medida pela participação das despesas pagas sobre as empenhadas, atingiu 92,2%, o que indica que 8% (R\$ 7,9 bilhões) das empenhadas em 2015 foram inscritas como restos a pagar (RP) em 2016, sendo a maior parcela referente a restos a pagar não processados (empenhados, mas não liquidados), considerando que a diferença entre o valor liquidado e o pago foi de R\$ 756 milhões – inscritos como restos a pagar processados no próximo exercício.³⁸ Em 2016, a execução financeira se manteve no mesmo patamar (92,7%), restando para serem inscritos como restos a pagar em 2017 R\$ 7,8 bilhões (7,3%), dos quais R\$ 271 milhões como restos a pagar processados. Isso revela que parcela significativa dos RP se refere a despesas não liquidadas dentro do exercício; em outras palavras, não houve reconhecimento do débito junto a credores ou mesmo no âmbito da administração pública – por exemplo, parcelas de transferência para estados ou municípios ou despesas com pessoal do Ministério da Saúde.

Maior execução orçamentária e igual execução financeira relativas nos exercícios de 2015 e 2016 mostram o esforço do governo federal para ajustar o orçamento executado em relação à dotação inicial, a fim de que o valor autorizado ficasse mais próximo do valor empenhado. Mas também que o Ministério da Saúde não conseguiu reduzir significativamente a parcela das despesas que rola para o próximo exercício financeiro como RP, apesar das críticas feitas a esta situação recentemente.³⁹ Para o exercício de 2017, foram inscritos R\$ 14,5 bilhões relativos a despesas de anos anteriores, inclusive de empenhos realizados em 2003, dos quais R\$ 10,8 bilhões são referentes a despesas em ASPS (R\$ 7,8 bilhões concernentes ao orçamento de 2016 e R\$ 3,0 bilhões de exercícios anteriores).

A tabela 4 apresenta a execução orçamentária e financeira por grupo de natureza de despesa (GND), destacando-se a baixa execução de despesas com investimentos em 2015, 32,9% e 31,7%, respectivamente. Na prática, isso significa que havia autorização do Congresso Nacional para execução de R\$ 9,3 bilhões, tendo sido empenhados apenas R\$ 3,1 bilhões, liquidados R\$ 985 milhões e pagos somente R\$ 971 milhões do valor empenhado, o que demonstra que a maior parcela das despesas ficou para ser inscrita como restos a pagar não processados. Em 2016, a execução orçamentária das despesas com investimentos foi de 70,3% e a financeira, de 39,6%. Vale destacar que a dotação inicial e o valor autorizado para investimentos em 2016 foram 33% menores que no ano anterior. Esta melhoria na execução orçamentária pode estar mais relacionada à diminuição do montante de recursos previstos para as despesas de capital do que a condições orçamentárias (limite de empenho) e administrativas mais favoráveis à realização de obras e à aquisição de equipamentos. Veja-se que o valor autorizado passou de R\$ 9,3 bilhões em 2015 para R\$ 6,2 bilhões em 2016.

38. Na tabela 3, observa-se que os percentuais mais baixos de execução orçamentário-financeira ocorreram para as transferências a instituições privadas sem fins lucrativos, 54,5 e 56,5%, respectivamente, que podem estar relacionadas a recursos destacados em emendas parlamentares.

39. Ver matéria do *Estado de S. Paulo* (Teremos..., 2016).

TABELA 4
Execução orçamentário-financeira do Ministério da Saúde em ASPS, por grupo de natureza de despesa (2015 e 2016)

| Exercício 2015 | | | | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------|-------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Grupo de Natureza de Despesa (GND) | Valores em milhões de R\$ | | | | | Saldo orçamentário (f) = (b) - (c) | Execução orçamentária (g) = (c)/(b) | Execução financeira (h) = (e)/(c) |
| | Dotação inicial (a) | Autorizado (b) | Empenhado (c) | Liquidado (d) | Pago (e) | | | |
| 1 - Pessoal e encargos sociais | 9.963,85 | 9.597,25 | 9.519,87 | 9.506,62 | 9.505,73 | 77,38 | 99,19% | 99,85% |
| 3 - Outras despesas correntes | 91.185,36 | 91.180,40 | 87.561,23 | 82.662,86 | 81.921,44 | 3.619,17 | 96,03% | 93,56% |
| 4 - Investimentos | 9.450,90 | 9.333,25 | 3.067,61 | 984,60 | 971,07 | 6.265,64 | 32,87% | 31,66% |
| 5 - Inversões financeiras | 324,21 | 338,26 | 311,62 | 181,62 | 181,62 | 26,64 | 92,12% | 58,28% |
| TOTAL | 110.924,32 | 110.449,16 | 100.460,34 | 93.335,70 | 92.579,87 | 9.988,83 | 90,96% | 92,16% |
| Exercício 2016 | | | | | | | | |
| Grupo de Natureza de Despesa (GND) | Valores em milhões de R\$ | | | | | Saldo orçamentário (f) = (b) - (c) | Execução orçamentária (g) = (c)/(b) | Execução financeira (h) = (e)/(c) |
| | Dotação inicial (a) | Autorizado (b) | Empenhado (c) | Liquidado (d) | Pago (e) | | | |
| 1 - Pessoal e encargos sociais | 10.098,74 | 9.925,82 | 9.694,34 | 9.673,81 | 9.673,78 | 231,48 | 97,67% | 99,79% |
| 3 - Outras despesas correntes | 92.311,63 | 94.071,80 | 92.465,31 | 87.737,22 | 87.472,59 | 1.606,50 | 98,29% | 94,60% |
| 4 - Investimentos | 6.367,42 | 6.226,62 | 4.378,75 | 1.739,26 | 1.732,65 | 1.847,87 | 70,32% | 39,57% |
| 5 - Inversões financeiras | 206,29 | 180,05 | 180,05 | 52,93 | 52,93 | - | 100,00% | 29,40% |
| TOTAL | 108.984,08 | 110.404,29 | 106.718,45 | 99.203,23 | 98.931,96 | 3.685,85 | 96,66% | 92,70% |

Fonte: Siga Brasil.

Elaboração do autor.

Obs.: Figura cujos leiaute e textos não puderam ser padronizados e revisados em virtude das condições técnicas dos originais (nota do Editorial).

A tabela 5 apresenta a execução orçamentário-financeira com investimentos por ação orçamentária. As ações que tiveram os menores percentuais de execução orçamentária em 2015 foram para a estruturação de serviços dos hospitais universitários (1,6%), E-Saúde (8,5%), apoio à implementação da Rede Cegonha (17,2%), bem como estruturação de unidades de atenção especializada (22,5%) e da rede de serviços de atenção básica (34%). Em 2016, nota-se melhoria significativa no nível de execução orçamentária, possivelmente pela razão já apontada, com menor execução para as ações relacionadas à implantação de unidades de pronto atendimento – UPAs (13,1%), à estruturação de serviços de atenção às urgências e emergências (27%) e à Rede Cegonha (33,9%).

TABELA 5
Execução orçamentário-financeira do Ministério da Saúde com investimentos
(GND 4), por ação orçamentária (2015 e 2016)

| Ações orçamentárias | Exercício 2015 | | | | Execução orçamentária (e) = (b)/(a) | Execução financeira (f) = (d)/(b) |
|---|---------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| | Valores em milhões de R\$ | | | | | |
| | Autorizado (a) | Empenhado (b) | Liquidado (c) | Pago (d) | | |
| 8535 - Estruturação de unidades de atenção especializada em saúde | 4.633,98 | 1.043,41 | 98,53 | 96,63 | 22,52% | 9,26% |
| 8881 - Estruturação da rede de serviços de atenção básica de saúde | 2.026,01 | 688,53 | 33,23 | 33,23 | 33,98% | 4,83% |
| 121.5 - Construção e ampliação de unidades básicas de saúde | 716,46 | 456,25 | 437,41 | 437,41 | 63,68% | 95,87% |
| 13DW - Construção do centro de processamento final de imunobiológicos | 221,70 | 66,70 | 53,39 | 53,39 | 30,08% | 80,05% |
| 8933 - Serviços de atenção às urgências e emergências na rede assistencial | 214,77 | 106,47 | 25,60 | 25,60 | 49,57% | 24,05% |
| 7652 - Implantação de melhorias sanitárias domiciliares para prevenção e controle de doenças | 202,64 | 85,52 | 0,02 | - | 42,20% | 0,00% |
| 7656 - Implantação, ampliação ou melhoria de ações e serviços de saneamento básico em pequenas | 132,09 | 74,61 | 2,18 | 2,18 | 56,48% | 2,93% |
| 121.4 - Implantação, construção e ampliação de unidades de Pronto atendimento - UPA | 126,32 | 79,31 | 74,35 | 74,35 | 62,78% | 93,75% |
| 20R4 - Apoio à implementação da Rede Cegonha | 94,40 | 16,21 | 13,51 | 13,10 | 17,17% | 80,80% |
| 6217 - Atenção à saúde nos serviços ambulatoriais e hospitalares do Ministério da Saúde | 73,96 | 53,52 | 19,17 | 12,99 | 72,37% | 24,28% |
| 20YN - Sistemas de tecnologia de informação e comunicação para a saúde (E-Saúde) | 60,71 | 5,13 | 3,35 | 3,35 | 8,45% | 63,31% |
| 20YE - Imunobiológicos e insumos para controle de doenças | 55,00 | 55,00 | 6,38 | 3,04 | 100,00% | 5,52% |
| 20VP - Promoção, proteção e recuperação da saúde indígena | 50,18 | 40,25 | 30,49 | 30,48 | 80,22% | 75,72% |
| 7690 - Estruturação dos serviços de hematologia e hemoterapia | 46,89 | 15,04 | 3,76 | 3,74 | 32,09% | 24,86% |
| 2000 - Administração da unidade | 45,71 | 21,28 | 12,70 | 11,65 | 46,56% | 54,73% |
| 20G8 - Atenção à saúde nos serviços ambulatoriais e hospitalares prestados pelos hospitais universitários | 42,00 | 0,68 | 0,03 | - | 1,62% | 0,00% |
| 8730 - Ampliação da resolutividade da saúde bucal na atenção básica e especializada | 40,34 | 25,34 | 21,92 | 21,92 | 62,83% | 86,51% |
| Outras | 550,10 | 234,37 | 148,57 | 148,01 | 42,60% | 63,15% |
| TOTAL | 9.333,25 | 3.067,61 | 984,60 | 971,07 | 32,87% | 31,66% |
| Ações orçamentárias | Exercício 2016 | | | | Execução orçamentária (e) = (b)/(a) | Execução financeira (f) = (d)/(b) |
| | Valores em milhões de R\$ | | | | | |
| | Autorizado (a) | Empenhado (b) | Liquidado (c) | Pago (d) | | |
| 8535 - Estruturação de unidades de atenção especializada em saúde | 2.780,77 | 1.885,32 | 534,13 | 533,89 | 67,80% | 28,32% |
| 8881 - Estruturação da rede de serviços de atenção básica de saúde | 1.200,99 | 929,17 | 303,02 | 303,02 | 77,37% | 32,61% |
| 121.5 - Construção e ampliação de unidades básicas de saúde | 430,10 | 294,97 | 293,59 | 293,59 | 68,58% | 99,53% |
| 7656 - Implantação, ampliação ou melhoria de ações e serviços de saneamento básico em pequenas | 223,91 | 208,40 | 0,19 | 0,19 | 93,07% | 0,09% |
| 13DW - Construção do centro de processamento final de imunobiológicos | 182,00 | 130,35 | 125,11 | 125,11 | 71,62% | 95,98% |
| 8933 - Serviços de atenção às urgências e emergências na rede assistencial | 143,86 | 38,90 | 29,55 | 29,55 | 27,04% | 75,97% |
| 7652 - Implantação de melhorias sanitárias domiciliares para prevenção e controle de doenças | 136,66 | 114,88 | 0,99 | 0,99 | 84,06% | 0,86% |
| 20YE - Imunobiológicos e insumos para controle de doenças | 103,26 | 103,26 | 56,44 | 54,96 | 100,00% | 53,22% |
| 20YN - Sistemas de tecnologia de informação e comunicação para a saúde (E-Saúde) | 102,30 | 101,03 | 75,47 | 75,47 | 98,76% | 74,70% |
| 121.4 - Implantação, construção e ampliação de unidades de Pronto atendimento - UPA | 89,32 | 11,68 | 11,68 | 11,68 | 13,07% | 100,00% |
| 6217 - Atenção à saúde nos serviços ambulatoriais e hospitalares do Ministério da Saúde | 75,34 | 63,49 | 31,41 | 31,16 | 84,28% | 49,07% |
| 20VP - Promoção, proteção e recuperação da saúde indígena | 73,61 | 60,93 | 37,15 | 36,47 | 82,78% | 59,85% |
| 13DU - Construção do Complexo de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde e Produção de | 57,78 | 48,48 | 47,43 | 47,43 | 83,91% | 97,84% |
| 20R4 - Apoio à implementação da Rede Cegonha | 50,74 | 17,23 | 16,25 | 16,25 | 33,97% | 94,26% |
| 20YJ - Fortalecimento do sistema nacional de vigilância em saúde | 48,36 | 39,67 | 20,43 | 20,43 | 82,03% | 51,51% |
| 20G8 - Atenção à saúde nos serviços ambulatoriais e hospitalares prestados pelos hospitais universitários | 42,00 | 29,82 | 17,47 | 16,19 | 71,00% | 54,31% |
| 3921 - Implantação de melhorias habitacionais para controle da Doença de Chagas | 32,30 | 30,69 | 0,75 | 0,75 | 95,02% | 2,44% |
| Outras | 453,32 | 270,49 | 138,22 | 135,53 | 59,67% | 50,11% |
| TOTAL | 6.226,62 | 4.378,75 | 1.739,26 | 1.732,65 | 70,32% | 39,57% |

Fonte: Siga Brasil.

Elaboração do autor.

Obs.: Figura cujos leiaute e textos não puderam ser padronizados e revisados em virtude das condições técnicas dos originais (nota do Editorial).

Analisando-se a execução orçamentária das despesas com investimentos por plano orçamentário (PO),⁴⁰ chama atenção a baixa execução dos seguintes POs em 2015: *i*) SOS Emergência (0,4%); *ii*) Crack, É Possível Vencer (12,6%); e *iii*) Rede Cegonha (17,1%). E, na execução financeira, os POs: *i*) controle do câncer (21,1%) e *ii*) Crack, É Possível Vencer (68,6%) (tabela 6). Em 2016, a execução orçamentária permaneceu baixa para o SOS Emergência (0%), as UPA (12,4%) e a Rede Cegonha (33%), mas superior entre os POs destacados, quando comparada a do ano anterior. Também houve melhoria da execução financeira.

TABELA 6
Execução orçamentário-financeira do Ministério da Saúde com investimentos, por plano orçamentário (2015 e 2016)

| Exercício 2015 | | | | | | |
|---|---------------------------|---------------|---------------|---------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Planos orçamentários | Valores em milhões de R\$ | | | | Execução orçamentária (e) = (b)/(a) | Execução financeira (f) = (d)/(b) |
| | Autorizado (a) | Empenhado (b) | Liquidado (c) | Pago (d) | | |
| I215 - Construção e ampliação de UBS | 716,46 | 456,25 | 437,41 | 437,41 | 63,68% | 95,87% |
| I2311 - Crack, É Possível Vencer | 83,20 | 10,50 | 8,40 | 7,20 | 12,62% | 68,57% |
| I0726 - Controle do câncer | 35,00 | 19,34 | 4,08 | 4,08 | 55,26% | 21,10% |
| I0625 - Rede Cegonha | 94,40 | 16,21 | 13,51 | 13,10 | 17,17% | 80,80% |
| I051M - UPA | 25,60 | 8,88 | 7,28 | 7,28 | 34,69% | 81,93% |
| I0221 - SOS Emergência | 3,20 | 0,01 | 0,01 | 0,01 | 0,38% | 100,00% |
| I012L - Viver sem Limite | 78,40 | 56,75 | 53,89 | 53,89 | 72,38% | 94,96% |
| TOTAL | 319,80 | 111,69 | 87,17 | 85,55 | 34,93% | 76,60% |
| Exercício 2016 | | | | | | |
| Planos orçamentários | Valores em milhões de R\$ | | | | Execução orçamentária (e) = (b)/(a) | Execução financeira (f) = (d)/(b) |
| | Autorizado (a) | Empenhado (b) | Liquidado (c) | Pago (d) | | |
| 001041N - Construção e ampliação de UBS | 420,54 | 294,97 | 293,59 | 293,59 | 70,14% | 99,53% |
| 001231L - Crack, É Possível Vencer | 38,10 | 35,39 | 31,30 | 31,30 | 92,91% | 88,44% |
| 0010726 - Controle do câncer | 40,54 | 27,14 | 10,06 | 10,06 | 66,94% | 37,99% |
| 0010625 - Rede Cegonha | 50,04 | 16,54 | 16,05 | 16,05 | 33,04% | 97,04% |
| 001051M - UPA | 20,80 | 2,58 | 2,58 | 2,58 | 12,40% | 100,00% |
| 0010221 - SOS Emergência | 17,90 | - | - | - | 0,00% | - |
| 001012L - Viver sem Limite | 101,28 | 96,60 | 84,46 | 84,42 | 95,39% | 87,39% |
| TOTAL | 689,19 | 473,21 | 438,04 | 438,00 | 68,66% | 92,56% |

Fonte: Siga Brasil.

Elaboração do autor.

Obs.: Figura cujos leiaute e textos não puderam ser padronizados e revisados em virtude das condições técnicas dos originais (nota do Editorial).

Vários fatores podem contribuir para a baixa execução orçamentário-financeira – entre eles, falhas no planejamento das despesas; embaraços administrativos no Ministério da Saúde; dificuldades de execução dos projetos por parte dos entes federados, na medida em que a maior parcela dos recursos é executada por estados e municípios; além do contingenciamento do empenho e do pagamento de despesas, motivados ou não por frustração nas previsões de arrecadação.⁴¹

No que se refere ao contingenciamento, na tabela 7, encontram-se estimativas do percentual contingenciado do orçamento do período 2002-2016, tanto quanto ao empenho – que é a participação da diferença entre o valor autorizado e o limite de empenho estabelecido para o Ministério da Saúde para as despesas dos GNDs 3, 4 e 5, sobre o valor autorizado –, quanto em relação ao pagamento – que é a participação da diferença entre a soma das despesas empenhadas e dos restos a pagar inscritos e o limite de pagamento, sobre esta soma, para as despesas desses

GNDs.⁴² Observa-se que o valor empenhado em alguns anos foi maior que o limite de empenho. Isso ocorre, muito provavelmente, porque, além das despesas dos GNDs 1, 2 e 6, outras despesas também não se sujeitam à limitação de empenho. Ainda que estas despesas não tenham sido deduzidas do valor autorizado para fins de comparação com o limite de empenho, nota-se, na estimativa apresentada, que contempla a maior parcela das despesas contingenciáveis, que em 2007 e 2014 houve maior contingenciamento de empenho, 13% e 14%, respectivamente, enquanto para o pagamento se verificam maiores percentuais de contingenciamento, com maior valor alcançado em 2011 (24%), o que justifica em parte o aumento do estoque de restos a pagar.

A respeito das despesas com ASPs, é importante destacar a vedação de contingenciamento de algumas delas nas leis de diretrizes orçamentárias (LDOs) de cada exercício do período 2002-2015. Por exemplo, despesas relativas ao piso da atenção básica, à média e alta complexidade em saúde e a medicamentos. Entretanto, os decretos de programação orçamentária e financeira dos exercícios desse período autorizaram tal contingenciamento.⁴³

Outra questão importante é que os dados apresentados na tabela 7 se referem a todas as despesas do Ministério da Saúde. O limite de empenho e de pagamento para as despesas com ASPs deveria ainda ser deduzido das despesas dos GNDs 3, 4 e 5 relativas ao copagamento do Programa Farmácia Popular, para as academias da saúde, bem como da assistência médica e odontológica ao servidor, entre outras.

42. O contingenciamento não se aplica a gastos dos grupos de natureza de despesas (GNDs): 1 – pessoal e encargos sociais; 2 – juros; e 6 – amortização. Outras despesas também podem ficar isentas de contingenciamento, sendo relacionadas nos decretos de programação orçamentária e financeira de cada exercício. Por isso, os percentuais apresentados na tabela 7 são estimados, visto que o valor autorizado e o total das despesas a ser comparado com o limite de empenho e de pagamento, respectivamente, podem ser menores que o apresentado, o que diminui o percentual contingenciado. Importa, contudo, ressaltar que as despesas dos GNDs 3, 4 e 5 contemplam quase a totalidade das despesas que estão sendo contingenciadas.

43. Ver Vieira e Piola (2016).

TABELA 7
Estimativas do contingenciamento de empenho e de pagamento do Ministério da Saúde (2002-2016)
 (Em R\$ milhões)

| Exercício | Valor autorizado - GNDs 3, 4 e 5 (a) | Limite de empenho (b) | Contingenciamento de empenho estimado em % (c) = [(a) - (b)]/(a) | Despesas do MS empenhadas e RP inscritos (GNDs 3, 4 e 5) | | | Limite de pagamento (g) | Contingenciamento de pagamento estimado em % (h) = [(f) - (g)]/(f) |
|-----------|--------------------------------------|-----------------------|--|--|------------------|-----------|-------------------------|--|
| | | | | Empenhadas (d) | RP inscritos (e) | Total (f) | | |
| 2002 | 23.982 | 22.476 | 6% | 22.456 | 3.047 | 25.503 | 22.020 | 14% |
| 2003 | 24.675 | 24.678 | 0% | 23.846 | 2.933 | 26.779 | 24.038 | 10% |
| 2004 | 30.656 | 29.307 | 4% | 29.221 | 2.430 | 31.651 | 28.603 | 10% |
| 2005 | 34.905 | 33.352 | 4% | 33.308 | 3.325 | 36.633 | 33.267 | 9% |
| 2006 | 37.697 | 36.892 | 2% | 36.026 | 4.182 | 40.207 | 35.734 | 11% |
| 2007 | 44.345 | 38.407 | 13% | 41.021 | 5.886 | 46.907 | 37.958 | 19% |
| 2008 | 46.971 | 44.372 | 6% | 44.599 | 7.574 | 52.172 | 44.450 | 15% |
| 2009 | 52.935 | 49.556 | 6% | 51.576 | 9.602 | 61.178 | 47.877 | 22% |
| 2010 | 56.820 | 54.135 | 5% | 54.439 | 13.183 | 67.622 | 52.190 | 23% |
| 2011 | 66.126 | 65.135 | 1% | 64.063 | 12.548 | 76.611 | 57.880 | 24% |
| 2012 | 80.551 | 75.536 | 6% | 71.543 | 13.983 | 85.526 | 68.327 | 20% |
| 2013 | 84.102 | 81.766 | 3% | 76.522 | 14.841 | 91.363 | 74.446 | 19% |
| 2014 | 103.434 | 88.814 | 14% | 84.821 | 15.413 | 100.235 | 84.643 | 16% |
| 2015 | 91.031 | 90.171 | 1% | 92.602 | 14.794 | 107.396 | 86.991 | 19% |
| 2016* | 102.916 | 97.937 | 4% | 98.634 | 15.791 | 114.425 | 97.300 | 15% |

Fontes: Siga Brasil – para execução orçamentária –, Sifsi – para o limite de empenho – e site da STN para o limite de pagamento. Elaboração do autor.

Obs.: ¹ O limite de empenho de 2016 é o que consta no Decreto nº 8.824, de 29 de julho de 2016.

² Figura cujos leiaute e textos não puderam ser padronizados e revisados em virtude das condições técnicas dos originais (nota do Editorial).

O contingenciamento de empenho sofrido em 2015 foi menor que nos demais anos, mas houve a necessidade de o Ministério da Saúde usar parte do limite de empenho deste exercício para cobrir despesas relativas a 2014, o que pode criar efeito cascata se a questão não for resolvida no exercício subsequente. A Secretaria de Atenção à Saúde menciona no seu relatório de gestão o impacto de R\$ 819,9 milhões na ação 20AD – Piso da Atenção Básica Fixo, relativos ao ano anterior, o que exigiu readequação do planejamento orçamentário e redução de metas físicas.⁴⁴ Tal situação já havia sido identificada em estudo sobre o contingenciamento de despesas do ministério, verificando-se que o orçamento de 2015 tinha sido utilizado para honrar despesas de competências de 2014, as quais deveriam ter sido executadas na modalidade de transferência a estados e municípios naquele ano.⁴⁵

O contingenciamento de empenho em 2015, aliado ao empenho de despesas relativas a 2014, provocou redução de metas de implantação de equipes de atenção básica, de estruturação de serviços de hematologia e hemoterapia, de unidades de pronto atendimento, de habilitação de equipes de saúde prisional, de realização de transplantes, de elaboração e distribuição de materiais educativos, bem como de investimentos em unidades de atenção especializada, para novos exames de pré-natal e testes rápidos de gravidez.⁴⁶ Em 2016, a Secretaria de Atenção à Saúde mencionou comprometimento da descentralização para os estados das ações no

44. Ver Brasil (2016c, p. 57).

45. Ver Vieira e Piola (2016).

46. Ver Brasil (2016c).

âmbito do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede (PNQH), o que pode contribuir para a elevação do risco transfusional.⁴⁷

É importante notar que a restrição orçamentária afetou o alcance de metas físicas tanto relacionadas a despesas de custeio quanto de capital. Contudo, vale destacar que as despesas de capital são proporcionalmente mais afetadas, como se pode constatar na tabela 4. A baixa execução das despesas de capital precisa ser melhor investigada, uma vez que a escassez dos investimentos pode comprometer ainda mais a infraestrutura já deficitária do SUS. Situação esta que pode se agravar diante do congelamento do gasto federal com saúde, em virtude da aprovação da EC nº 95/2016.

3.2 Execução física dos programas e das políticas

Nesta subseção, analisamos como os problemas financeiros afetaram a consecução da política de saúde no nível federal em 2015 e 2016, que foram marcados por restrições orçamentárias e financeiras impostas pela crise econômica e pelo contingenciamento de recursos. O ano de 2015 foi particularmente afetado, pois o contingenciamento de recursos ocorreu ainda na fase de empenho, trazendo dificuldades para a habilitação de novos serviços, expansão de atividades e inauguração de novas políticas. Assim, o MS priorizou a manutenção e a consolidação de programas e políticas já em andamento.

A queda na atividade econômica, iniciada em 2014, reduziu a arrecadação de tributos e fez com que o governo federal tivesse dificuldade de honrar compromissos assumidos. Assim, o orçamento de 2015 já começou comprometido com dívidas roladas do exercício anterior e ainda sofreu ajustes ao longo do ano, devido ao contingenciamento de despesas por parte do poder executivo ou por cancelamento de recursos pelo Congresso Nacional. Dos recursos destinados ao Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), por exemplo, quase R\$ 820 milhões já estavam comprometidos com o pagamento dos repasses que deveriam ter sido feitos até o mês de novembro de 2014, e o Congresso Nacional ainda cancelou R\$ 528 milhões da dotação inicial autorizada, que foi de pouco mais de R\$ 13 bilhões. Mesmo recebendo a suplementação de recursos remanejados do Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) no valor de R\$ 90 milhões, o orçamento foi insuficiente, e R\$ 706 milhões referentes a repasses que deveriam ter sido feitos em 2015 oneraram o orçamento de 2016 do PAB Variável.

Em algumas áreas, o contingenciamento afetou a execução da política de saúde mesmo sem o efetivo cancelamento dos recursos orçamentários correspondentes. A ação 8.735 – Alimentação e Nutrição para a Saúde, por exemplo, teve uma dotação

47. Ver Brasil (2017b).

autorizada de R\$ 32 milhões, e somente R\$ 3,76 milhões foram empenhados, devido ao contingenciamento ocorrido ao longo do ano. Contudo, ao final do ano, o contingenciamento dos recursos dessa ação foi cancelado.

Além do custeio, o contingenciamento atingiu gastos com investimentos e emendas parlamentares. Embora a requalificação das unidades básicas de saúde (UBS) constasse entre as prioridades da política de saúde para 2015, 36% da dotação orçamentária inicialmente autorizada para a execução da política foi efetivamente contingenciada. Isso, somado à necessidade de honrar compromissos do ano anterior, forçou a reprogramação do número de obras de ampliação e construção de unidades. Assim, a meta física de construção e ampliação de UBS saiu de quase 11.800 obras programadas na Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2015 para uma execução de pouco mais de 3.300 obras. O contingenciamento de recursos afetou também a habilitação de novas equipes de Saúde da Família. A meta planejada para 2015 era de 40.318 equipes e estavam habilitadas em dezembro daquele ano 40.162. Apesar do não cumprimento da meta, houve um crescimento relevante no número de equipes de Saúde da Família ribeirinhas, e, em dezembro de 2015, havia 93 equipes habilitadas, melhorando a atenção básica em localidades de difícil acesso na Amazônia Legal e no Pantanal sul mato-grossense.

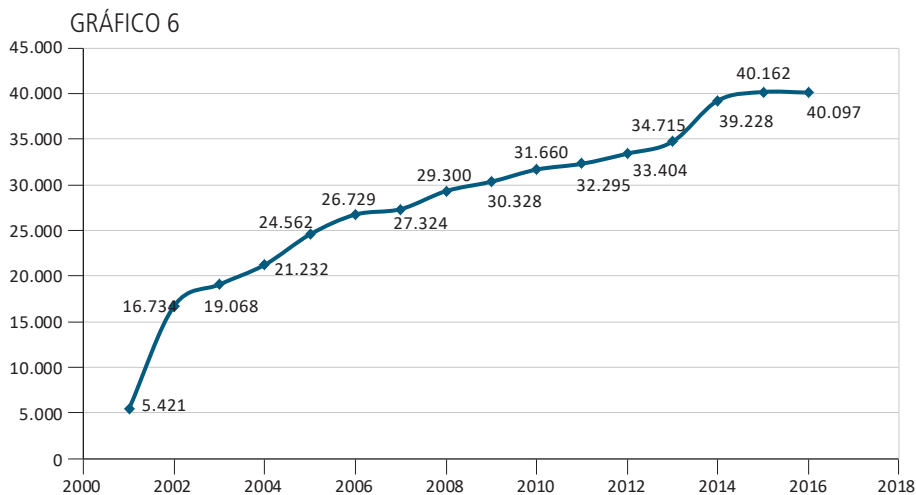
Uma grande parcela das equipes de Saúde da Família ribeirinhas (78 das 93 habilitadas) é composta por profissionais de saúde do Programa Mais Médicos, um conjunto de iniciativas que visam ao provimento, à fixação e à formação de profissionais para a atenção básica. Esse programa foi lançado em julho de 2013 e, desde então, alocou mais de 18 mil médicos em mais de 4 mil municípios e nos 34 distritos de saúde indígena, especialmente em periferias das grandes cidades, nos pequenos municípios, nas comunidades quilombolas, indígenas e assentadas, no sertão nordestino, nas populações ribeirinhas, entre outras localidades. Em 2015, apesar do contingenciamento, 329 novas equipes de Saúde da Família compostas por profissionais do Programa Mais Médicos foram habilitadas pelo MS.

O Programa Mais Médicos é muito bem avaliado pela população, e 95% dos usuários afirmam estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a atuação dos médicos do programa (pesquisa conduzida pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG e pelo Instituto de Pesquisas Sociais e Políticas e Econômicas de Pernambuco – Ipespe, que entrevistou 14 mil usuários em quase setecentos municípios do país). Contudo, a falta de recursos impediu que se avançasse em outros componentes do programa, como a inclusão de médicos especialistas, o Mais Especialidades, que tinha por objetivo ampliar o acesso a consultas, exames e procedimentos especializados no SUS e era considerado prioritário pelo governo no início do exercício orçamentário. O contingenciamento também afetou a estruturação de serviços mais especializados, como as UPAs e os serviços de realização de transplantes.

Além do contingenciamento de recursos que afetou a execução de diversas políticas e programas, 2015 foi marcado pelo início da aplicação do orçamento impositivo. A EC nº 86/2016 alterou a regra de definição dos recursos financeiros federais destinados ao SUS e regulamentou a obrigatoriedade da execução de parte das despesas agregadas ao orçamento sob a forma de emendas parlamentares, além de estabelecer que metade do valor dessas emendas deve ser destinada à ASPS. Com a mudança, o MS elaborou cartilha de apresentação de propostas, com vistas a formar um banco de projetos e integrar as emendas parlamentares às políticas e aos programas prioritários. Um exemplo dessa estratégia pode ser encontrado na Ação 7.960 – Estruturação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia, na qual foram alocados R\$ 32,4 milhões de recursos do programa e R\$ 25,5 milhões referentes a emendas parlamentares.

Nesse cenário de dificuldades financeiras, que prejudicaram principalmente a habilitação de novos serviços e os investimentos, o MS priorizou a manutenção dos serviços já existentes e precisou também dedicar especial atenção aos preparativos para os Jogos Olímpicos Rio 2016, com destaque para os hemoderivados e serviços de urgência e emergência.

Embora o contingenciamento de recursos tenha sido menos forte, em 2016, as dificuldades para a execução das políticas e dos programas continuaram. O ambiente econômico, social e político e, certamente, a mudança de governo ocorrida ainda no primeiro semestre não foram propícios à execução das políticas e dos programas. No caso da requalificação das UBS, por exemplo, grande parte das propostas habilitadas em 2016 ainda não havia recebido o repasse da primeira parcela no primeiro semestre de 2017. Em alguns casos, não somente a expansão dos serviços foi afetada, mas também houve diminuição dos serviços de saúde oferecidos, como a redução observada entre 2015 e 2016 no número de equipes de Saúde da Família. Importante notar que essa foi a primeira vez que houve queda no número de equipes, como mostra o gráfico 6.



Fonte: Brasil (2017b).

Diversos motivos podem contribuir para a redução nos serviços, como a suspensão de recursos devido a irregularidades e até a alimentação inadequada do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); a falta de recursos, contudo, deve ter desempenhado papel crucial. Basta lembrar que, na ação que financia as equipes de Saúde da Família, o orçamento de 2016 já começou comprometido com uma competência financeira de 2015 e que o próprio MS admite que não atendeu à demanda por novos agentes comunitários de saúde devido à falta de recursos (Brasil, 2017b, p. 75). A tabela 8 traz exemplos de alguns serviços da atenção básica que sofreram redução entre 2015 e 2016.

TABELA 8
Quadro comparativo de competências (dez./2015 e dez./2016)

| Programa/política | Dezembro/2015 | Dezembro/2016 |
|-------------------------------|---------------|---------------|
| Equipe de Saúde da Família | 40.162 | 40.097 |
| Agentes comunitários de saúde | 266.217 | 265.685 |
| Equipe de saúde bucal | 24.467 | 24.383 |
| Unidade odontológica móvel | 91 | 76 |
| Microscopistas | 522 | 511 |

Fonte: Brasil (2017b).
Elaboração do autor.

Embora tenha havido expansão de alguns serviços, como os núcleos de apoio à saúde da família (NASFs), a redução nos demais serviços de atenção básica é preocupante por esta ser a principal porta de entrada para o SUS, ter importância

para a organização da atenção à saúde e ser o principal meio de expansão dos serviços de saúde para as áreas menos afluentes. Ademais, essa redução pode ser um primeiro sinal das dificuldades para o financiamento da política de saúde que virão, com o advento do Novo Regime Fiscal e os limites por ele impostos aos gastos com saúde.

A atenção especializada foi menos afetada do que a atenção básica. Em algumas áreas, faltaram recursos para expansão dos serviços, como os centros de especialidades odontológicas; em outras, dívidas de exercícios anteriores dificultaram a consecução da política – por exemplo, na atenção especializada em saúde mental. Contudo, um componente importante foi preservado: a expansão dos leitos de cuidados intensivos. Em 2016, foram habilitados 1.180 novos leitos de unidade de terapia intensiva – UTI (adulto, pediátrico, neonatal e unidade coronária). Em que pese as dificuldades de se avaliar se esse incremento é suficiente para adequar a oferta às necessidades de saúde da população, causa alívio não ter havido redução nos leitos de UTI; um componente crítico para a garantia de acesso na atenção especializada.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises deste capítulo abrangem período particularmente difícil do financiamento do SUS, por coincidirem com os primeiros indícios do quadro recessivo instalado a partir de 2015 e as drásticas medidas tomadas para tentar revertê-lo em 2016. Por isso, o destaque dado a questões relacionadas ao tema do financiamento.

A aprovação da EC nº 86/2015, em março de 2015, já trouxe o gosto amargo de mais uma tentativa frustrada de aumentar o aporte de recursos federais ao financiamento do SUS. Decepção pelo percentual vinculado da RCL (13,2% a 15%, escalonado em cinco anos), inferior ao historicamente defendido pelo Movimento Sanitarista; a introdução de mais rigidez para alteração da regra de aplicação, já que a nova regra foi inscrita na CF/1988; a inclusão na aplicação mínima de eventuais recursos oriundos de *royalties* do petróleo, que pela regra anterior seriam contabilizados como adicionais; extinção de mecanismos de proteção do gasto federal do SUS até então existentes, tais como o dispositivo da LC nº 141, de 13 de janeiro de 2012,⁴⁸ que determinava que, em caso de variação negativa do PIB, seria mantido o valor nominal do empenhado no ano anterior.

Contudo, a situação iria ficar ainda mais crítica com a aprovação em dezembro de 2016 da Emenda Constitucional nº 95/2016, que instituiu o Novo Regime Fiscal, congelando as despesas primárias do governo federal por período de vinte anos. Tão crítica seria a situação do SUS, se mantido o texto original, que o próprio relator da proposta na Câmara apresentou alteração ao texto original. Com isso,

48. LC nº 141/2012, art. 5º, parágrafo 2º.

aprovou-se substitutivo propondo, entre outras medidas, que o congelamento da aplicação mínima federal com saúde partisse de um patamar inicial de 15% da RCL de 2017, e que o congelamento de seu valor real se iniciasse em 2018. Apenas a protelação da crise maior já se manifesta, como visto anteriormente, na desaceleração de ações do setor, que se aguçará nos próximos anos pelo simples aumento das necessidades de atenção à saúde provocado pelas transformações demográficas e epidemiológicas em curso.

Concomitantemente a essa situação, sob o argumento duvidoso de diminuir a pressão sobre os serviços do SUS, o MS endossou a proposta chamada de Plano de Saúde Acessível, ainda em discussão. Mais do que diminuir a pressão sobre o SUS, a proposta mistura iniciativas que, em outra conjuntura, até poderiam ser interessantes, como incentivos à adoção do atendimento primário de saúde no segmento de planos de saúde, com outras que visam quase exclusivamente favorecer as operadoras neste momento de retração da atividade econômica, por meio da redução do rol de coberturas obrigatórias, da adequação das coberturas à rede existente e do aumento da coparticipação financeira dos usuários no momento da utilização dos serviços.

Por fim, reforçadas pela crise por que passa o Brasil e pela nova configuração política que se estabeleceu entre as instâncias envolvidas na gestão do SUS, foram recolocadas na agenda de discussão velhas questões não resolvidas relacionadas à participação federal no financiamento do SUS, particularmente no que tange aos critérios de alocação entre as Unidades da Federação (UFs), à excessiva fragmentação dos repasses e à falta de flexibilidade na utilização dos recursos transferidos por parte das esferas recipientes. A questão da fragmentação dos repasses, com mais de uma centena de destinações específicas para os recursos federais transferidos, não foi resolvida pela criação dos blocos de financiamento, uma vez que não se avançou nas mudanças necessárias no âmbito do Ministério da Saúde. A proposta atual, de criação de apenas duas modalidades de repasses, tem argumentos defensáveis, como também a alternativa de uma flexibilização mais gradual, ao mesmo tempo que se discute o papel que devem ter os recursos federais no sistema e que mecanismos/processos devem ser criados para que o financiamento adequado dos objetivos e das prioridades nacionais da política de saúde seja atendido, assim como para a garantia da integralidade do acesso aos bens e serviços de saúde por parte dos cidadãos.

REFERÊNCIAS

ABRASCO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Conselheiros de Saúde rejeitam argumentos do Ministério da Fazenda em defesa da PEC 55.** 23 nov. 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/nbQ2x3>>. Acesso em: 9 jan. 2017.

ANDRADE, M. V.; MAIA, A. C. Demanda por planos de saúde no Brasil. *In: SILVEIRA, F. G. et al. (Orgs.). Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas*. Brasília: Ipea, 2007. v. 2.

ANDRADE, M. V. *et al.* Desafios do sistema de saúde brasileiro *In: De NEGRI, J.; ARAÚJO, B. C. P. O. (Orgs.). Desafios da nação: artigos de apoio*. Brasília: Ipea, 2018. No prelo.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Rede assistencial e garantia de acesso na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2015.

ARRETCHE, M. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **Dados: revista de ciências sociais**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002.

_____. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

BAHIA, L. *et al.* O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 951-965, 2006.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília: PR, 2000. Disponível em: <<https://goo.gl/7fWW6W>>. Acesso em: 21 out. 2016.

_____. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os artigos 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Brasília: PR, 2015a. Disponível em: <<https://goo.gl/NWjwnN>>. Acesso em: 21 out. 2016.

_____. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **Manual técnico de orçamento MTO**. Ed. 2016. Brasília: MP, 2015b.

_____. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília: PR, 2016a. Disponível em: <<https://goo.gl/dL8v7v>>. Acesso em: 19 dez. 2016.

_____. Câmara dos Deputados. **Impactos do “Novo Regime Fiscal”**: subsídios à análise da Proposta de Emenda à Constituição – PEC nº 241/2016. Brasília: Câmara dos Deputados, 2016b. (Estudo Técnico n. 12/2016). Disponível em: <<https://goo.gl/yBT6YJ>>. Acesso em: 8 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2015**. Brasília: MS, 2016c. Disponível em: <<https://goo.gl/afDHmS>>. Acesso em: 6 jan. 2017.

_____. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **SUS Legal: CONASEMS, CONASS e ministério pactuam novo modelo de repasse de recursos do SUS**. Brasília: CONASEMS, 2017a. Disponível em: <<https://goo.gl/iHRb8M>>. Acesso em: 26 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2016**. Brasília: MS, 2017b. Disponível em: <<https://goo.gl/QKm3mq>>.

_____. Secretaria da Receita Federal. **Demonstrativo dos gastos tributários: bases efetivas – 2014. Série 2012 a 2017**. Brasília: SRF, [s.d.].

BUTLER, J. R. G. Policy change and private health insurance: did the cheapest policy do the trick? **Australian Health Review**, v. 25, n. 6, p. 33-41, 2002.

DIEESE – DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICAS E ESTUDOS ECONÔMICOS. **PEC nº 241/2016: o Novo Regime Fiscal e seus possíveis impactos**. Brasília: DIEESE, 2016. (Nota Técnica, n. 161). Disponível em: <<https://goo.gl/gqkL2u>>. Acesso em: 21 dez. 2016.

DUCKETT, S. J.; JACKSON, T. J. The new health insurance rebate: an inefficient way of assisting public hospitals. **Medical Journal of Australia**, v. 172, n. 9, p. 439-442, 2000.

EMMERSON, C.; FRAYNE, C.; GOODMAN, A. **Should private medical insurance be subsidised?** London: Health Care UK. 2001. (Policy analysis).

FRECH, H. E.; HOPKINS, S. Why subsidise private health insurance? **The Australian Economic Review**, v. 37, n. 3, p. 243-256, 2004.

FREITAS, P. S.; MENDES, F. S. F. Comentários sobre a PEC que institui o Novo Regime Fiscal. **Boletim do Núcleo de Estudos e Pesquisa da Consultoria Legislativa**, Brasília, n. 49. p. 1-14, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/kCWT9Z>>. Acesso em: 8 set. 2016.

GODA, G. S. **The impact of State tax subsidies for private long-term care insurance on coverage and Medicaid expenditures**. Cambridge, MA: NBER, Sept. 2010. (Working Paper, n. 16406).

HURLEY, J. *et al.* **Parallel private health insurance in Australia: a cautionary tale and lessons for Canada**. London: CEPR; Research School of Economics/ANU, 2002. (CEPR Discussion Papers, n. 448).

HURST, J.; SICILIANI, L. **Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries**. Paris: OECD, 2003.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, n. 24, p. 131-202, 2017.

JUNQUEIRA, M. G. Sistema Único de Saúde: caixa único. **Ensaio & Diálogos em Saúde Coletiva**, n. 3, p. 34-35, 2016.

MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. **International Journal for Equity in Health**, v. 11, n. 33, p. 1-8, 2012.

MADORE, O. **Duplicate private health care insurance**: potential implications for Quebec and Canada. Ottawa: Economics Division/Parliamentary Information and Research Service, 2006.

MEDLOVITZ, M. **Análise dos efeitos da PEC nº 241 sobre a manutenção e desenvolvimento do ensino**. Brasília: Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira/Câmara dos Deputados, 2016. (Estudo Técnico, n. 11/2016). Disponível em: <<https://goo.gl/HN9hN9>>. Acesso em: 8 set. 2016.

MELAMED, C. Regulamentação, produção de serviços e financiamento federal do Sistema Único de Saúde: dos anos 90 aos 2000. *In*: MELAMED, C.; PIOLA, S.F. (Orgs.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011.

MELLO, G. A. *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, 2017.

MENDES, A. **O grande problema é a falta de dinheiro para o SUS, e não a forma de repasse desses recursos**. Entrevista. Rio de Janeiro, 17 fev. 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/2xTthg>>. Acesso em: 26 maio 2017.

MENDES, M. **A PEC 241/2016 e a saúde**. Apresentação feita em reunião do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 10 nov. 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/sANfFe>>. Acesso em: 22 dez. 2016.

MENEZES, T. *et al.* O gasto e a demanda das famílias em saúde: uma análise a partir da POF de 2002-2003. *In*: GAIGER, S. F. *et al.* (Orgs.). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2006. v. 1.

MOREIRA, M. R.; RIBEIRO, J. M.; OUVENEY, A. M. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de saúde com assento nas comissões intergestores bipartites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1097-1108, 2017.

MOSSIALOS, E.; THOMSON, S. **Voluntary health insurance in the European Union**. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies/WHO, 2004.

OLIVEIRA JÚNIOR, A. C. R. *et al.* **Aplicação de recursos do SUS repassados do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde**. Brasília, mar. 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/8Sngna>>. Acesso em: 26 maio 2017.

PIOLA, S. F. **Transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde para estados, Distrito Federal e municípios: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar nº 141/2012.** Brasília: Ipea, 2017. (Texto para Discussão, n. 2298).

PIOLA, S. F. *et al.* Gasto tributário e conflito distributivo na saúde. *In*: CASTRO, J. A.; SANTOS, C. H.; RIBEIRO, J. A. C. (Orgs.). **Tributação e equidade no Brasil: um registro da reflexão do Ipea no biênio 2008-2009.** Brasília: Ipea, 2010.

QUINN, C. **The pasts and futures of private health insurance in Australia.** Australia: NCEPH, 2002. (Working Paper, n. 47).

RAMOS, M. C. A. *et al.* Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 43, p. 1-10, 2015.

SANTOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. *In*: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha.** Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 417-442.

SANTOS, N. R. O repasse federal unificado do Ministério da Saúde para estados e municípios: considerações para um posicionamento e mobilização. **Ensaio & Diálogos em Saúde Coletiva**, n. 3, p. 32-33, 2016.

SZWARCWALD, C. L.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B.; DAMACENA, G. N. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. **BMC Health Services Research**, v. 10, n. 217, p. 1-7, 2010.

TEREMOS deficit fiscal superior a R\$ 96 bilhões, afirma Ricardo Bastos. **Estadão**, 13 maio 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/atQG6p>>.

TUOHY, C. H.; FLOOD, C. M.; STABILE, M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD Nations. **Journal of Health Politics: policy and law**, v. 29, n. 3, p. 359-396, June 2004.

VAITHIANATHAN, R. Will subsidizing private health insurance help the public health system? **The Economic Record**, v. 78, n. 242, p. 277-283, Sept. 2002.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil.** Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica, n. 28).

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F. **Implicações do contingenciamento de despesas do Ministério da Saúde para o financiamento federal do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ipea, 2016. (Texto para Discussão, n. 2260).

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

DIAS, B. C. **Conselheiros de saúde rejeitam argumentos do Ministério da Fazenda em defesa da PEC 55**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/nbQ2x3>>. Acesso em: 22 dez. 2016.

NOTAS METODOLÓGICAS

Para o acompanhamento da situação da saúde e das condições de vida da população brasileira, os dados e os indicadores selecionados foram agrupados por situação sanitária, infraestrutura, cobertura e produção de serviços.

A situação sanitária é refletida pelos indicadores de esperança de vida ao nascer e de mortalidade, especificados por faixa etária e sexo. A infraestrutura pode ser avaliada pela capacidade instalada em termos de leitos hospitalares. Na cobertura e na produção de serviços, foram incluídos os indicadores da base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) referentes à utilização da rede ambulatorial. Também foram sistematizados indicadores de cobertura das atividades sanitárias e de programas importantes em nível de saúde pública ou de estratégia setorial, como é o caso de indicadores de abrangência do Saúde da Família. Os conceitos necessários à compreensão e à interpretação dos dados são apresentados a seguir.

Taxa de mortalidade infantil: número de óbitos de crianças com menos de 1 ano de idade, expresso por 1 mil nascidos vivos.

Taxa de mortalidade de jovens: quociente entre os óbitos de jovens de 15 a 24 anos por causas externas e a população nesta faixa etária, expresso por 100 mil habitantes.

Taxa de mortalidade de idosos: quociente entre os óbitos totais de idosos com 60 anos ou mais de idade e a população nesta faixa etária, expresso por 1 mil habitantes.

Taxa de mortalidade por causas externas: quociente entre o número de óbitos por causas externas e a população em determinado local e período, expresso por 100 mil habitantes.

Mortalidade por arma de fogo: número de óbitos por causas externas provocados por armas de fogo em determinado local e período. As causas consideradas conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) foram:

- W32 – Projétil de revólver;
- W33 – Rifle/espingarda e armas de fogo de maior tamanho;
- W34 – Projéteis de outras armas de fogo e das não especificadas;
- X72 – Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão;
- X73 – Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre;
- X74 – Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada;

- X93 – Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão;
- X94 – Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre;
- X95 – Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada;
- Y22 – Disparo de pistola, intenção não determinada;
- Y23 – Disparo de fuzil, carabina e arma de fogo de maior calibre, intenção não determinada;
- Y24 – Disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada, intenção não determinada; e
- Y35 – Intervenção legal.

As mortes são classificadas por causas naturais e por causas externas. As causas externas são subdivididas em intencionais, não intencionais ou acidentais, e de intencionalidade desconhecida. Morte por intervenção legal é considerada causa externa intencional.

A tabela de indicadores de mortes por arma de fogo (tabela 2.5a) foi subdividida desde o número 12 deste periódico, tendo sido inserida a tabela 2.5b (as tabelas figuram no anexo estatístico), com dados relativos a mortes por arma de fogo – intervenção legal. Trata-se de mortes de civis decorrentes de ações policiais envolvendo o uso de armas de fogo com base na CID 10 (bala de borracha, disparo de arma de fogo, espingarda, metralhadora e revólver).

Média de consultas médicas – Número médio de consultas médicas por habitante apresentado pelo SUS.

Esperança de vida ao nascer – Número médio de anos esperados para um recém-nascido viver. Esta medida é obtida mediante as tábuas de vida, que necessitam das informações dos óbitos e da população da área em estudo. Os óbitos foram obtidos por meio do CD-ROM do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, assim como de informações sobre a população, a partir do Censo Demográfico 2000 e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) – ambos os estudos são do IBGE – e de projeções demográficas.

Média de leitos hospitalares – Número de leitos hospitalares públicos e privados – cadastrados no SUS –, em determinado local e período, expresso por 1 mil habitantes. Em 2002, o Ministério da Saúde excluiu do cadastro de hospitais do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS aqueles que não apresentavam autorização de internação hospitalar (AIH) há um determinado período

de tempo, o que aparentemente fez diminuir o número de leitos disponíveis. As informações de 2003 refletem a situação de janeiro a julho, pois, com a implantação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, em agosto de 2003, houve uma grande reclassificação dos hospitais: os hospitais universitários foram redistribuídos em públicos e privados, tornando os dados a partir de então não comparáveis com a série histórica. Não há dados disponíveis para 2004. A partir de 2005, passa a ser utilizado o CNES.

Saúde da família: estratégia cujo objetivo é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência – orientado para a cura de doenças. A atenção está centrada na família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

As eSF são formadas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e até seis agentes comunitários. Cada equipe é responsável pelo atendimento de, em média, 3.450 pessoas da comunidade em que se instala, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Trata-se de trabalho fundamental para reduzir a demanda por hospitais.

Indicadores de saneamento: foram elaborados para domicílios particulares permanentes situados em áreas urbanas, utilizando os microdados da PNAD, e suas definições estão aqui descritas:

- a) abastecimento de água: proporção da população e de domicílios particulares permanentes urbanos com acesso à água canalizada proveniente de rede geral em pelo menos um cômodo;
- b) esgotamento sanitário: proporção da população e de domicílios particulares permanentes urbanos cobertos com serviços de esgotamento sanitário mediante rede coletora ou fossa séptica; e
- c) coleta de lixo: proporção da população e de domicílios particulares permanentes urbanos atendidos por serviços de coleta direta ou indireta de lixo.

TABELAS⁴⁹

- 2.1 Taxa de mortalidade infantil - Brasil e grandes regiões - 1990 a 2011
- 2.2 Taxa de mortalidade por causas externas para jovens de 15 a 24 anos, segundo sexo - Brasil e grandes regiões - 1990 a 2011
- 2.3 Taxa de mortalidade de idosos - Brasil e grandes regiões - 1990 a 2012
- 2.4 Taxa de mortalidade por causas externas - Brasil, grandes regiões e regiões metropolitanas - 1996 a 2011
- 2.5a Mortalidade por arma de fogo, segundo sexo - Brasil e grandes regiões - 1996 a 2013
- 2.5b Mortalidade por arma de fogo (intervenção legal), segundo sexo - Brasil e grandes regiões - 1996 a 2013
- 2.6 Esperança de vida ao nascer por sexo - Brasil e grandes regiões - 1995 a 2012
- 2.7 Média de consultas médicas no SUS por habitante - Brasil e grandes regiões - 1995 a 2012
- 2.8 Proporção de municípios com Programa de Saúde da Família implantado - Brasil e grandes regiões - 1994 a 2014
- 2.9 Número de equipes do Programa de Saúde da Família - Brasil e grandes regiões - 1994 a 2014
- 2.10 Leitos hospitalares do SUS por mil habitantes - Brasil e grandes regiões - 1993 a 2012
- 2.11 Proporção da população e de domicílios particulares permanentes urbanos com abastecimento de água, segundo raça ou cor - Brasil e grandes regiões - 1992 a 2015 (%)
- 2.12 Proporção da população e de domicílios particulares permanentes urbanos atendidos por rede de esgoto adequado, segundo raça ou cor - Brasil e grandes regiões - 1992 a 2015(%)
- 2.13 Proporção da população e de domicílios particulares permanentes urbanos atendidos por coleta de lixo, segundo raça ou cor - Brasil e grandes regiões - 1992 a 2015 (%)

49. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=31656&Itemid=9>.