SAÚDE

POLÍTICAS SOCIAIS: acompanhamento e análise

ipea

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2019

Governo Federal

Ministério da Economia
Ministro Paulo Guedes

ipea **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

Fundação pública vinculada ao Ministério da Economia, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente
Carlos von Doellinger

Diretor de Desenvolvimento Institucional, Substituto
Manoel Rodrigues dos Santos Junior

Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia
Alexandre de Ávila Gomide

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas
José Ronaldo de Castro Souza Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais
Aristides Monteiro Neto

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura
André Tortato Rauen

Diretora de Estudos e Políticas Sociais
Lenita Maria Turchi

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais
Ivan Tiago Machado Oliveira

Assessora-chefe de Imprensa e Comunicação
Mylena Fiori

Ouvidoria: http://www.ipea.gov.br/ouvidoria
URL: http://www.ipea.gov.br

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.

POLÍTICAS SOCIAIS
acompanhamento e análise
Diretoria de Estudos e Políticas Sociais

Conselho Editorial
Alexandre Arbex Valadares
Ana Cleusa Serra Mesquita
Antonio Teixeira Lima Junior
Edvaldo Batista de Sá
José Aparecido Carlos Ribeiro
Marcelo Galiza Pereira de Souza
Natália de Oliveira Fontoura
Roberto Henrique Sieczkowski Gonzalez

Colaboradores

Saúde
Edvaldo Batista de Sá
Fabiola Sulpino Vieira
Rodrigo Pucci de Sá e Benevides
Sérgio Francisco Piola

SAÚDE

1 APRESENTAÇÃO

Em 2018, o Sistema Único de Saúde (SUS) completou trinta anos de existência. Nessas três décadas, registrou inegáveis avanços e enfrentou grandes desafios. O maior, no entanto, está por vir: como manter a viabilidade do sistema com a instituição, em 2016, do chamado Novo Regime Fiscal (NRF), que congelou até 2036 a despesa primária da União e, por consequência, a participação dos recursos federais no seu financiamento? A essa situação soma-se a eleição de um novo governo de orientação liberal na política econômica, que, como sempre ocorre nos pleitos eleitorais, pouco deixou transparecer da sua real posição a respeito da área da saúde.

O SUS nasceu de uma utopia. Seus fundamentos emergiram da experiência de outros sistemas públicos universais, principalmente da Europa Ocidental. Esses fundamentos encontraram um solo fértil nos anseios de democracia, participação popular e salvaguarda de direitos sociais, que mobilizaram o Brasil na década de 1980. Desde sua criação, em 1988, o SUS tem enfrentado diversos obstáculos. Um dos mais importantes, até por ser crônico, tem sido a insuficiência de recursos financeiros para desenvolver um sistema universal com a sua complexidade e abrangência. Ainda que o SUS seja de acesso universal e atendimento integral, o Brasil é um dos países com menor gasto público, como proporção do produto interno bruto (PIB) e *per capita*, comparativamente aos demais países da América Latina, aos países de renda média alta e aos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (OPAS, 2018).

Outro grande desafio tem sido a falta de apoio político. A despeito de a maioria dos governos, desde 1988, poder ser classificada, pelo menos formalmente, no espectro político-partidário como de centro ou esquerda, nenhum deles, como nenhum partido político, assumiu o financiamento e a implantação efetiva do SUS como prioridade (Santos, 2013; Campos, 2018). Por sua vez, no Congresso Nacional, a Frente Parlamentar da Saúde (FPS), que sempre foi o bloco que defendeu mais recursos para o SUS, hoje parece menos homogênea na busca desse propósito.[1] Na verdade, no parlamento tem aumentado a força daqueles que

1. Em 2015, a FPS era presidida pelo deputado Osmar Terra e contava com 215 deputados e dez senadores.

defendem solução mais heterodoxa para o sistema nacional, com maior participação do setor privado, especialmente do segmento dos planos e seguros privados de saúde. Essa tendência de maior espaço para o setor privado, inclusive para o capital externo, foi reforçada por dois movimentos quase simultâneos. O primeiro foi a Lei nº 13.097, de 2015, que alterou o art. 23 da Lei nº 8.080. Esse artigo vedava a entrada de capital estrangeiro na assistência à saúde. A liberação, justificada como necessária para regular um fato que já vinha acontecendo, obedeceu à lógica da necessidade de expansão do mercado da assistência à saúde para grandes empresas internacionais que atuam no setor (Sá *et al.*, 2015). O segundo, patrocinado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Banco Mundial, foi a proposta de cobertura universal de saúde. Diferentemente da proposta de sistemas universais, que enfatiza cobertura por sistemas públicos, tem-se argumentado que a proposta de cobertura universal de saúde é empregada como referência à cobertura por serviços básicos de saúde, ou à cobertura por seguros, públicos ou privados, sinalizando claro incentivo à demanda, configurando, nessas condições, uma alternativa mais ajustada às necessidades de um mercado globalizado (Giovanella *et al.*, 2018).

Na área da gestão compartilhada do SUS, se o desafio inicial foi romper com o centralismo secular calcado na experiência pregressa do Ministério da Saúde (MS) e do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), logo se verificou que o pêndulo havia se deslocado em demasia na direção das municipalidades. Forjou-se uma descentralização considerada excessiva, já alertada por autores como Mendes (2001).[2] De lá para cá, a situação foi agravada pela inoperância dos arranjos testados para alcançar maior coordenação entre os diferentes níveis de atenção (OPAS, 2018). Desse modo, pouco se evoluiu, de forma mais concreta, na regionalização da saúde. Apesar de formalmente instituídas, a grande maioria das mais de quatrocentas regiões de saúde existentes não tem capacidade de resolver uma porcentagem razoável dos problemas do setor em seus territórios. E quando possuem uma oferta de serviços mais ou menos adequada, faltam as condições organizacionais para que a integralidade do atendimento se processe com a agilidade e efetividade necessárias.

O congelamento da participação federal no financiamento do SUS e as críticas sempre presentes de "engessamento" da gestão local pelo crescente número das chamadas "modalidades" de transferências financeiras, levaram, em 2017, ao surgimento da proposta, apenas parcialmente implementada, do chamado SUS Legal. Uma iniciativa que poderia ser interessante, caso tivesse sido acompanhada de uma discussão, seria a apresentação de propostas de revisão das competências das três esferas de governo no SUS, visando assegurar maior governabilidade ao

2. Em 2001, o autor alertava para os riscos de uma municipalização por ele denominada de autárquica.

sistema e preservação das políticas e programas nacionais prioritários, que, ao fim e ao cabo, confeririam unicidade e integralidade ao sistema.

Ainda no tocante à organização e regionalização dos serviços, apesar de a Constituição Federal de 1988 (CF/1988) determinar que a organização de rede de serviços se fizesse de forma regionalizada e hierarquizada, a Constituição não avançou na questão das relações entre os entes federativos na conformação dessas redes. Posteriormente, a Lei nº 8.080, ao definir as competências dos níveis de gestão do SUS, também não se dedicou ao ponto, apenas citando no rol das competências das municipalidades: "formar consórcios administrativos intermunicipais" (Brasil, 1990, art. 18, item VII). A necessidade de articulação entre municípios para responder às necessidades de integralidade na assistência aparece na Norma Operacional Básica (NOB) do SUS de 1996. Lá está explicitado que essa articulação deveria ser mediada pela Programação Pactuada e Integrada (PPI). Esta preocupação reaparece nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002 e, mais recentemente, no Decreto Presidencial nº 7.508, de 2011, ou seja, 23 anos da criação do SUS. Esse decreto trouxe importante ferramenta para o processo de regionalização, que foi o contrato organizativo da ação pública em saúde, mas esse dispositivo não tem sido cumprido (Santos, 2018). A baixa efetividade dos instrumentos normativos até agora utilizados no processo de regionalização tem levado alguns autores, como Santos (2018), a sugerir a necessidade de lei nacional que dispusesse sobre algumas questões de relevância para a operacionalização do SUS, como é o caso da organização das regiões de saúde e da governança federativa, ou mesmo de rever o processo de descentralização (Campos, 2018).

Desafio igualmente importante está na área de recursos humanos, tanto na formação quanto na política propriamente dita. Na primeira, os avanços mais significativos foram na direção da formação de médicos generalistas para atender às necessidades da expansão da atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Também foi estimulada a formação de outros profissionais que atuam no programa, mas os resultados foram insuficientes para a ampliação da massa crítica de profissionais exigidos para a atenção básica, principalmente de profissionais médicos, o que levou à instituição do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013. Nas análises a respeito dos recursos humanos para o SUS, diante da insegurança dos vínculos, de planos de carreira inexistentes ou precários, são levantadas propostas de formulação de uma política nacional com identificação das carreiras prioritárias (Campos, 2018).

Se velhos problemas persistiram ou apareceram novos, contudo, também foram registrados avanços importantes. A expansão e consolidação da atenção básica, por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), foram parte dos mais importantes. Criado em 1994, esse programa foi ampliado nacionalmente em

1998, como principal instrumento de expansão de cobertura e de mudança do modelo assistencial. Em 2006, foi transformado na ESF. De 1998 a 2017, as equipes de saúde da família passaram de 2.054 para 41.611, com uma cobertura potencial estimada de 70% da população (143 milhões de pessoas). A efetividade dessa estratégia tem sido avaliada pelo indicador internações por causas sensíveis à atenção básica (ICSAB). Segundo estudo realizado por Pinto e Giovanella (2018), a taxa padronizada baixou de 120 para 66 internações por 100 mil habitantes.

A maior utilização da atenção básica é um dos resultantes da ESF. Entre 1998 e 2013, estudos realizados com base em dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) demonstram que a porcentagem de pessoas que relataram utilizar o posto ou centro de saúde como serviço de uso regular aumentou de 41,8% em 1998 para 53,7% em 2013, sendo maior entre pessoas com menor escolaridade (Viacava *et al.*, 2018).

O atendimento dentário é outro exemplo de ampliação do acesso. Embora ainda abaixo do parâmetro desejável, o acesso ao atendimento odontológico melhorou bastante com o SUS. Em 1981, 17,3% da população relatou ter tido atendimento odontológico no último ano, em 2013 a porcentagem subiu para 44,4%. Esse indicador também serve para demonstrar as desigualdades de acesso que, apesar de terem diminuído, ainda persistem: na região Norte, em 2013, apenas um terço da população havia consultado dentista no último ano, enquanto no Sul e Sudeste o valor era de cerca de 50% (Viacava *et al.*, 2018).

Muitos outros avanços podem ser citados nesses trinta anos de SUS, por exemplo, na área do acesso a medicamentos, tanto básicos como especializados, atendimento de urgência pré-hospitalar, atendimento psiquiátrico, programa nacional de transplantes, programa de controle da Aids, tratamento oncológico e das enfermidades crônicas não transmissíveis, especialmente a hipertensão e a diabetes. Mesmo assim, mas talvez por seu crônico problema de subfinanciamento, a saúde pública continua sendo uma das áreas cuja situação é mencionada entre as de desempenho mais precário pela população.

Finalizando, é sempre bom enfatizar que a sustentabilidade do SUS depende de maior aporte de recursos financeiros, o que será extremamente difícil na vigência do congelamento dos gastos públicos determinado pela Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016. Dependerá também do entendimento pela sociedade e pelos partidos políticos da superioridade dos sistemas públicos universais sobre sistemas mais privatizados, não só em termos de custos, comprovadamente mais baixos e controláveis nos primeiros, mas também por se basearem nas necessidades de saúde e não nas regras de mercado, que inviabilizam, por uma questão de custos, a assistência das populações mais pobres e da grande maioria dos idosos.

Na seção 2, discutem-se os limites impostos à política de saúde pelo NRF e suas possíveis consequências para o desempenho do sistema de saúde, com destaque para o aumento das desigualdades e a piora do acesso à atenção à saúde e seus efeitos sobre a população. A seção 3, além de tratar da execução orçamentário-financeira, analisa a proposta de flexibilização do uso pelos entes subnacionais dos recursos federais alocados para a atenção à saúde, o chamado SUS Legal, as mudanças propostas pela revisão feita em 2017 da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e as dificuldades de reposição dos médicos cubanos que o governo federal está enfrentando após a saída do governo de Cuba do acordo intermediado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) com o governo brasileiro. Por fim, é analisado o aumento da mortalidade na infância verificado em 2016, que interrompeu uma trajetória de queda que era observada desde 1990.

2 FATO RELEVANTE: CRISE ECONÔMICA, AUSTERIDADE FISCAL E POLÍTICA DE SAÚDE

Como apontado anteriormente, o SUS terá que enfrentar nos próximos anos possivelmente o seu maior desafio, qual seja, manter sua viabilidade num contexto de congelamento dos recursos financeiros federais destinados à atenção à saúde, como definido pelo chamado NRF instituído em 2016 e que se estenderá até 2036.

A recente crise econômica pela qual o Brasil está passando não apenas tem afetado a oferta de empregos no país como tem repercutido negativamente sobre os gastos sociais, o que pode levar à piora do desempenho das políticas e serviços públicos, das condições de vida e do nível de saúde da população brasileira.

O país entrou em crise em 2014, quando a taxa de crescimento interanual do PIB foi de 0,46%. Embora a variação tenha sido positiva, houve quedas sucessivas do PIB a partir do segundo trimestre daquele ano, o que caracteriza a entrada de um país em recessão econômica. Reduções do PIB também foram observadas em 2015 (-3,15%) e 2016 (-2,93%). Já em 2017, o Brasil voltou a apresentar variação positiva do seu produto interno (0,99%).[3]

Em resposta à crise econômica, a partir de 2015, especialmente os governos estaduais e federal passaram a aderir à agenda da austeridade fiscal,[4] que se caracteriza

3. Disponível em: <http://www.ipeadata.gov.br/Default.aspx>. Acesso em: 11 jun. 2019. Para realizar a consulta, acesse o *link* informado, clique na aba macroeconômico, depois em temas, seguindo à opção contas nacionais e, então, IBGE/SCN anual. Selecione a variável PIB a preços básicos: variação real anual.

4. O termo austeridade fiscal passou a ser usado com mais frequência no Brasil a partir de 2016. Ele está associado à ideia de severidade por parte do governo no que diz respeito à gestão das finanças públicas, o que em teoria significa maior zelo com a arrecadação de tributos e a realização das despesas, a fim de evitar o desequilíbrio das contas públicas. Na prática, entretanto, as medidas que os governos vêm implementando em nome da austeridade fiscal têm cobrado maior preço de segmentos sociais menos favorecidos, restringindo a oferta de benefícios, bens e serviços públicos, em razão de cortes de despesas com programas sociais e/ou da realização de reformas estruturais, como as da previdência e trabalhista. Isso faz com que essas medidas, caracterizadas como austeras do ponto de vista da gestão dos recursos públicos, o que poderia ser visto como algo positivo incialmente, passem a ser criticadas pela forma desigual com que são aplicadas para o conjunto da sociedade. Para uma discussão mais ampla sobre o assunto, ver Canterberry (2015) e Rossi, Dweck e Arantes (2018).

pela implantação de política de ajuste fiscal focada no corte de despesas, com o objetivo de reequilibrar as contas públicas e de promover rápido crescimento econômico. Esta escolha vem sofrendo fortes críticas por duas razões principais. Primeiro, porque são frágeis os estudos que embasam seus pressupostos, havendo evidências robustas em sentido contrário, de que os cortes de gastos retardam a retomada do crescimento econômico (Krugman, 2015; Stiglitz, 2017). Segundo, porque os custos sociais de sua implementação são muito elevados, podendo levar ao aumento da pobreza e da desigualdade social e à piora das condições de vida da população (Stuckler e Basu, 2013).

Em relação ao primeiro argumento desfavorável à austeridade fiscal, houve reconhecimento por parte de economistas do Fundo Monetário Internacional (FMI) de que políticas dessa natureza aumentam a iniquidade social e podem comprometer o crescimento prolongado da economia, porque afetam a demanda em razão do aumento do desemprego. Eles concluem que os benefícios que essas políticas podem trazer ao reduzir a dívida pública, aumentar a confiança e o investimento privado parecem ter sido exagerados, havendo forte evidência de que a iniquidade pode baixar consideravelmente o nível e a durabilidade do crescimento econômico (Ostry, Loungani e Furceri, 2016).

No contexto nacional, um estudo mostrou que os multiplicadores fiscais associados aos investimentos (1,68), aos benefícios sociais (1,51) e às despesas de pessoal (1,33) durante as recessões são maiores do que a unidade, enquanto os dos subsídios (0,60) e das demais despesas (0,26) são menores que um em qualquer situação econômica.[5] Segundo os autores desse trabalho, esses resultados podem explicar por que a política fiscal adotada entre 2011 e 2014, caracterizada pela redução dos investimentos e expansão dos subsídios, produziu reação insignificante da economia aos estímulos concedidos pelo governo (Orair, Siqueira e Gobetti, 2016).

Quanto ao segundo argumento contrário à austeridade fiscal, tem-se produzido evidências robustas em diversos países de que esta potencializa os efeitos sociais negativos das crises econômicas, por aumentar as desigualdades e piorar as condições de vida e de saúde da população. Esses efeitos são mais intensos para os grupos socioeconomicamente vulneráveis. Tem-se observado como consequências das políticas de austeridade no campo da saúde: *i)* redução do gasto do governo com proteção social e gastos sociais em geral, com diminuição dos orçamentos da saúde; *ii)* cortes do gasto do governo com pessoal, fechamento de serviços, redução de horas de funcionamento e da força de trabalho; *iii)* instituição e/ou aumento do copagamento pelo uso de serviços de saúde, com estabelecimento de taxas adicionais; *iv)* aumento da dificuldade de ter acesso aos serviços de saúde por barreiras

5. Ou seja, para cada R$ 1,00 gasto pelo governo com benefícios sociais, o aumento esperado da economia é de R$ 1,51. Já no caso dos subsídios, o governo deixa de arrecadar R$ 1,00, e a resposta da economia é de R$ 0,60.

econômicas; *v)* restrição do direito à saúde para determinados grupos populacionais, como imigrantes, moradores de rua e usuários de drogas; *vi)* piora da saúde mental, com aumento da prevalência de depressão e ansiedade; *vii)* aumento das taxas de suicídio; *viii)* redução na autoavaliação do estado de saúde dos indivíduos como bom; *ix)* aumento do consumo de bebidas alcóolicas em grupos de alto risco, constituídos por pessoas que já consomem álcool rotineiramente e desempregados; e *x)* abuso de álcool em subgrupos sociais mais vulneráveis.[6]

Para mitigar as consequências sociais negativas das crises econômicas, ao invés de se cortar os gastos com programas de proteção social e os orçamentos da saúde, tem-se recomendado que esses programas e orçamentos sejam preservados, caso contrário, os efeitos perversos sobre o bem-estar dos indivíduos serão mais drásticos, e a retomada do crescimento econômico pode ser retardada (Stuckler e Basu, 2013; Vieira, 2016). Outras medidas também foram propostas para o campo da saúde, como o aumento da efetividade e da eficiência do gasto, priorizando-se serviços de atenção primária e de prevenção em saúde; e o uso de evidências no processo de tomada de decisão, sejam como experiências, dados e informações produzidos nos e por gestores dos sistemas de saúde, sejam aquelas oriundas de pesquisas científicas (WHO, 2009).

A despeito de muitas evidências contraindicarem a adoção da agenda da austeridade fiscal, no auge da crise econômica em 2016, o Congresso Nacional aprovou a EC nº 95 que define um valor fixo para as despesas com as políticas públicas financiadas pelo governo federal (despesas primárias), o qual será corrigido apenas pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), anualmente, de 2017 a 2036. Essa forma de congelamento, em termos reais, das despesas primárias pagas e dos restos a pagar (RPs) pagos foi chamada de NRF. A medida também ficou conhecida como teto de gastos. No caso da saúde, houve desvinculação da aplicação mínima em relação à Receita Corrente Líquida (RCL), sendo o piso da saúde também congelado em termos reais, ou seja, terá recomposição apenas das perdas inflacionárias apuradas pelo IPCA durante dezenove anos, de 2018 a 2036 (Brasil, 2016a).

Uma das consequências da aprovação da EC nº 95 para a política de saúde e para todas as demais políticas públicas é que, em cenário futuro de crescimento econômico, com aumento das receitas acima da inflação e superação do atual *deficit* fiscal, os recursos adicionais gerados pelo crescimento econômico não poderão ser investidos nessas políticas, cujos gastos estão limitados pelo teto (algo em torno de R$ 1,3 trilhão em valores de 2017). Ou seja, mesmo havendo disponibilidade de recursos, o governo federal não poderá usá-los para financiar as políticas de saúde, educação, assistência social, ciência e tecnologia, transporte, segurança pública,

6. Ver Vieira (2016), Schramm, Paes-Sousa e Mendes (2018) e Santos e Vieira (2018).

habitação etc., mas poderá utilizá-los para pagar despesas financeiras, uma vez que o pagamento dessas despesas não sofreu qualquer limitação, ou para constituir reservas monetárias.

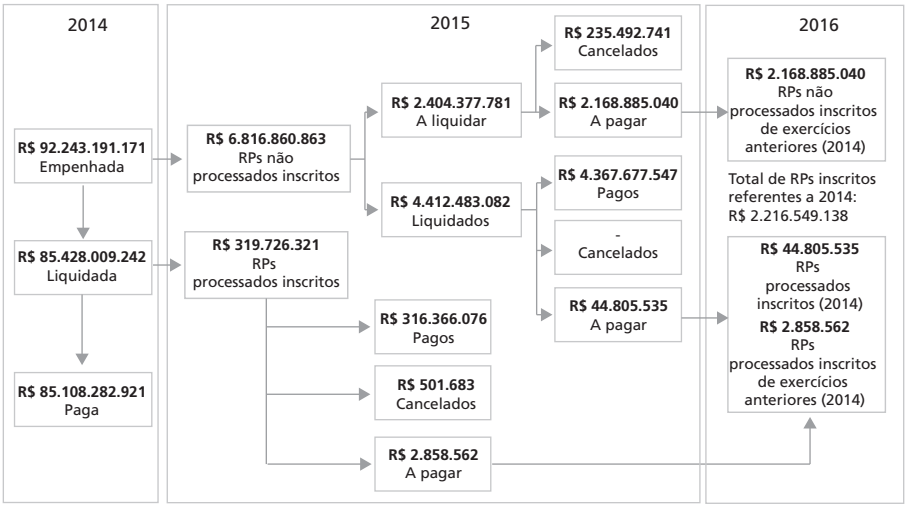
Outra consequência óbvia do teto de gastos para as políticas públicas é o aumento da competição setorial por recursos que se tornarão mais escassos com o passar dos anos, considerando que algumas despesas obrigatórias poderão continuar crescendo acima da inflação, como os benefícios previdenciários, ainda que uma reforma da previdência seja aprovada nos próximos anos. A Instituição Fiscal Independente (IFI), entidade vinculada ao Senado Federal, tem publicado estimativas sobre a margem fiscal, que consiste na diferença entre o teto de gastos e as despesas obrigatórias acrescidas das despesas incomprimíveis do governo federal. Segundo essa entidade, a margem fiscal será de R$ 104 bilhões em 2019. Considerando a manutenção do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) (R$ 33,4 bilhões) e de outras despesas discricionárias (R$ 70,8 bilhões), o teto de gastos poderá ser descumprido já em 2020, pois a margem fiscal estaria zerada.[7]

No tocante ao SUS, as dificuldades relacionadas ao seu financiamento tornam-se ainda mais proeminentes com a EC nº 95. O NRF impacta o volume de recursos efetivamente disponibilizados para o sistema, tanto pela imposição do teto de gastos para as despesas primárias, o que torna muito difícil o aporte efetivo de recursos adicionais ao piso congelado (Vieira e Benevides, 2016), quanto pela forma de apuração desse gasto mínimo, que mesmo após a vigência dessa emenda continua sendo feita pelo estágio de empenho. Para melhor demonstrar o impacto dessa última questão, apresenta-se a figura 1, que explicita a relação entre os estágios da despesa e os RPs na administração pública.

Os três estágios da despesa são o empenho (reserva orçamentária para realização da despesa), a liquidação (reconhecimento pela administração pública de que os bens e/ou os serviços foram prestados) e o pagamento (com emissão da ordem bancária que autoriza o saque do crédito pelo prestador). Despesas que até o final do dia 31 de dezembro de cada ano não tenham sido pagas são roladas para o próximo exercício como RPs, de dois tipos: caso essas despesas apenas tenham sido empenhadas, os RPs são chamados de não processados, e, se já foram liquidadas, são chamados de RPs processados. No exercício seguinte, 2015 no exemplo dado, esses RPs podem ser cancelados, liquidados ou liquidados e pagos. Se não forem pagos, podem ser rolados novamente para o próximo exercício (2016) e assim sucessivamente.

7. As estimativas da margem fiscal feitas pela IFI e atualizadas periodicamente estão disponíveis em: <http://twixar.me/BY3n>. Acesso em: 30 nov. 2018. O valor apresentado para a margem fiscal refere-se à estimativa atualizada em 16 de novembro de 2018.

FIGURA 1
Relação entre os estágios da despesa e os RPs utilizando como ilustração a execução de despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) de 2014, inscritas em RPs pelo MS em 2015 e 2016



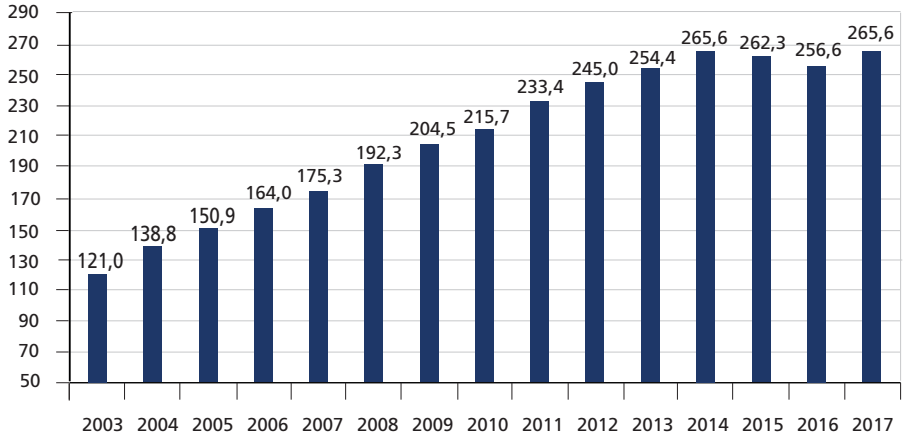
Fonte: Vieira e Piola (2016b).

Voltando à questão da apuração da aplicação mínima com ASPS, é importante esclarecer que o teto de gastos constitui um limite para o pagamento de despesas do exercício financeiro corrente e de RPs de outros exercícios. Se o piso federal com ASPS permanece sendo apurado pelas despesas empenhadas, cria-se incentivo para maior inscrição dessas despesas em RPs, que podem ser continuamente rolados para pagamento em exercícios futuros, implicando, portanto, menor disponibilidade financeira para financiamento do sistema de saúde. Quanto menos despesas com ASPS forem pagas, maior é a disponibilidade de recursos dentro do teto de gastos para pagamento de outras despesas, que não com saúde. Com isso, a União estaria cumprindo a obrigação constitucional de aplicação mínima no setor (com base no empenho de despesas, ou seja, apenas na reserva orçamentária), mas com aplicação efetiva inferior a esse piso, o que pode resultar em menor oferta de bens e serviços à população (Vieira, Piola e Benevides, 2018).

No tocante ao gasto com ASPS do SUS, a crise econômica contribuiu significativamente para a redução de 3,4% que ocorreu entre 2014 e 2016 (gráfico 1). Voltou a crescer em 2017 em relação a 2016 à mesma taxa de 4,4% para a União e os estados e à taxa de 1,6% para os municípios. Embora esses números mostrem retomada do esforço das Unidades da Federação (UFs) em aumentar os empenhos de despesas com saúde, é preciso considerar que parte significativa dessa despesa pode não ter sido liquidada e paga dentro do exercício financeiro, sendo inscrita como RPs. No caso

da União, para a qual existem estudos sobre o assunto, há controvérsia a respeito do estágio da despesa vigente para a apuração do piso da saúde de 2017 a 2036, como já mencionado, além de expressivo montante de despesas inscritas em RPs, com alta durabilidade dessas inscrições (Vieira e Piola, 2016a; 2016b). No caso dos demais entes da federação, investigações futuras precisam analisar a execução das despesas com ASPS. É provável que nos estados e municípios sejam identificadas condições semelhantes àquelas presentes na execução financeira dessas despesas pela União.

GRÁFICO 1
Gasto com ASPS das três esferas de governo (2003-2017)
(Em R$ bilhões/2017)



Fonte: SIGA Brasil (para União) e Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) (para estados, Distrito Federal e municípios).
Elaboração dos autores.
Obs.: Despesa empenhada, deflacionada pelo IPCA médio.

Com a redução do gasto do SUS no período de recessão econômica recente e com a redução da participação da União no financiamento do sistema (Piola, Benevides e Vieira, 2018), assistiu-se em 2017 a uma tentativa, especialmente por parte do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), de desvinculação total das transferências federais a destinações específicas (políticas, programas e serviços de saúde). Essa iniciativa foi chamada de SUS Legal e, pelo menos no mérito, foi pactuada em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). O objetivo principal da proposta não foi alcançado, mas algumas alterações foram feitas quanto à alocação de recursos pelo MS (Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017). As principais mudanças foram: maior flexibilidade financeira na execução dos recursos federais, uma vez que as transferências passaram a ser feitas em dois blocos de financiamento, custeio e investimentos, com liberdade para os entes da federação usarem esses recursos durante o exercício financeiro em quaisquer ações ou serviços de saúde, desde que respeitado o grupo de natureza

de despesa (GND) específico de cada bloco, ou seja, custeio e investimentos; e redução do número de programas de trabalho do MS que vinculam a comprovação do uso dos recursos pelos gestores estaduais e municipais. Assim, flexibilizou-se a execução financeira, mas, ao final do exercício, os estados e os municípios devem comprovar a aplicação do montante repassado por programa de trabalho do orçamento federal (Benevides, 2018).

Caso a desvinculação da aplicação dos recursos fosse alcançada, o MS ficaria desprovido do principal instrumento de coordenação federativa no SUS, que é a transferência de recursos vinculada a destinações específicas, condicionadas ao cumprimento de regras ou não, que foi fundamental para o sucesso de programas e serviços como a ESF, o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids (PNDST/Aids), o Programa Nacional de Imunizações (PNI), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), entre outros. Da perspectiva federal, a defesa dessa medida pelo MS revela uma tentativa de afastamento dessa esfera de governo do pacto federativo de financiamento do SUS. E, do ponto de vista dos municípios e estados, trata-se de uma demanda por maior liberdade alocativa, sem riscos perante os órgãos de controle interno e externo da administração pública federal pelo descumprimento de regras quanto ao uso dos recursos repassados. Também pode motivar esse pleito por parte dos entes subnacionais o fato de que a participação federal no financiamento do sistema vem caindo desde pelo menos 2002 (Jaccoud e Vieira, 2018).

Quanto às condições de saúde, as instituições acadêmicas precisarão elaborar uma agenda de pesquisas que busque investigar os impactos da crise econômica e das políticas de austeridade fiscal sobre a saúde da população brasileira, considerando que essas medidas podem afetar o nível de saúde não apenas pela redução da oferta e da qualidade dos serviços do SUS, como também pelo prejuízo causado a outras políticas e programas, com efeitos sobre os determinantes sociais da saúde. A taxa de mortalidade infantil do país, que apresentava trajetória contínua de queda desde 1990, subiu de 13,3 para 14,0 óbitos por mil nascidos vivos entre 2015 e 2016.[8] Também houve aumento da mortalidade pós-neonatal (2%) e dos óbitos em números absolutos na faixa etária de 1 a 4 anos (11%) (OPAS, 2018).

Estimou-se, em um estudo de microssimulação, utilizando dados do Programa Bolsa Família (PBF), da ESF, do índice de pobreza e dos possíveis efeitos da EC nº 95, que a mortalidade em crianças menores de cinco anos será consideravelmente maior sob a vigência dessa emenda, em comparação com a manutenção dos níveis atuais de proteção social, podendo ocorrer aumento de 8,6% na taxa de mortalidade

8. Indicador elaborado pela Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/MS a partir de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e da Busca Ativa. Disponível em: <http://twixar.me/FP3n>. Acesso em: 30 nov. 2018.

infantil até 2030. Além disso, estimou-se também que a manutenção da cobertura do PBF e da ESF reduziria em quase 20 mil as mortes evitáveis e em até 124 mil as hospitalizações evitáveis na infância entre 2017 e 2030 (Rasella *et al.*, 2018).

No tocante à saúde mental, comumente apontada nos estudos internacionais como mais afetada pela recessão econômica e pela austeridade fiscal, surgem alguns indícios de sua piora nos últimos anos. Dados assistenciais divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apontam para aumento do número de consultas psiquiátricas (23%) e de sessões com psicólogo (52%) no setor privado entre 2014 e 2017.[9]

Ainda no setor de saúde suplementar, a queda no número de beneficiários foi de 5% entre junho de 2015 (50 milhões) e junho de 2017 (47 milhões).[10] O aumento da taxa de desocupação, que atingiu o patamar de 13% no segundo trimestre de 2017, explica grande parte dessa redução da cobertura por planos privados de saúde, uma vez que o tipo de contratação mais frequente é o coletivo empresarial (66,7%).[11] Também tem-se observado elevação da participação das famílias e das instituições sem fins de lucro nas despesas de consumo final de bens e serviços de saúde de 2010 (54,9%) a 2015 (57,6%) (IBGE, 2017), que pode ser explicada por outros fatores, mas também pela diminuição da cobertura privada na saúde.

O que se pode esperar, dada a conjuntura de desemprego elevado e de redução da renda das famílias, é maior demanda pelos serviços do SUS, em um contexto de congelamento do gasto federal com saúde e de reduzida possibilidade de alocação maior de recursos pelos estados e municípios. Isso pode resultar em consequências negativas para a oferta e a qualidade dos serviços no sistema público. Como dito anteriormente, porém, estudos precisam ser realizados para investigar em profundidade esses impactos, não só sobre o SUS, mas especialmente sobre a saúde da população brasileira.

3 ACOMPANHAMENTO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS

3.1 Execução orçamentário-financeira

No tocante à execução orçamentário-financeira, o ano 2017 marca o início da vigência do teto de gasto para as despesas primárias da União e das regras de aplicação mínima de recursos em ASPS para o governo federal, implantadas por meio da EC nº 95, constituindo-se em exercício de transição entre as normas estabelecidas por esta EC e aquelas definidas na EC nº 86. Trata-se de uma transição porque, ainda que a EC nº 95 tenha também estabelecido o congelamento das aplicações mínimas em saúde

9. Dados assistenciais do setor por semestre estão disponíveis em: <http://twixar.me/lP3n>.
10. Disponível em: <http://twixar.me/VP3n>.
11. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>. Acesso em: 19 jul. 2018.

e educação, em termos reais, essas duas áreas tiveram o começo desse congelamento adiado em um ano. Para a saúde, esse adiamento associado ao fato de que a EC nº 95 antecipou a porcentagem de aplicação de 15% da RCL, prevista para apenas 2020 pela EC nº 86, representou um ganho neste primeiro exercício.[12] Contudo, as perdas futuras com essas novas regras em relação às da EC nº 86 serão tanto maiores quanto maior for o crescimento do PIB e, consequentemente, da RCL (Vieira e Benevides, 2016; Ipea, 2018).

Do total de R$ 117,9 bilhões autorizados no orçamento federal para despesas com ASPS em 2017, foram empenhados R$ 115,3 bilhões, o que corresponde a uma execução orçamentária de 97,8%, desempenho semelhante ao obtido em 2016. Descontando-se as despesas empenhadas relativas à reposição de RPs cancelados, a aplicação no exercício foi de R$ 114,7 bilhões, equivalente a aproximadamente 15,8% da RCL de 2017 (R$ 727,3 bilhões). Considerando todo o orçamento com ASPS, o aumento real das despesas empenhadas foi de 4,4% entre 2016 e 2017. No tocante à execução financeira, contudo, o desempenho do MS foi inferior nesse último ano. A participação das despesas pagas sobre as despesas empenhadas passou de 92,7% em 2016 para 87,8% em 2017. Em termos reais, houve redução do pagamento de despesas no valor de R$ 1,2 bilhão, o que corresponde a uma queda de 1,2% no montante pago em 2017 em relação à 2016.

O desempenho do MS quanto à sua execução financeira poderá piorar nos próximos anos como consequência da aprovação da EC nº 95. O teto de gastos das despesas primárias do governo federal constitui limite para pagamento de despesas empenhadas no exercício e dos RPs inscritos nesse exercício. Assim, se o governo puder rolar o pagamento de despesas de uma determinada área, inscrevendo-as como RPs no próximo exercício, sobrará limite para pagar despesas de outra área. Como a comprovação da aplicação mínima em ASPS é feita para o estágio de empenho,[13] há certo incentivo do ponto de vista da União nesse novo regime para que o pagamento dessas despesas seja adiado. Curiosamente, uma das grandes críticas utilizadas para justificar a necessidade de estabelecimento do teto de gastos e instituição do regime de apuração das despesas pelo estágio de pagamento foi justamente o elevado volume de inscrição de despesas como RPs nos anos anteriores à sua aprovação.

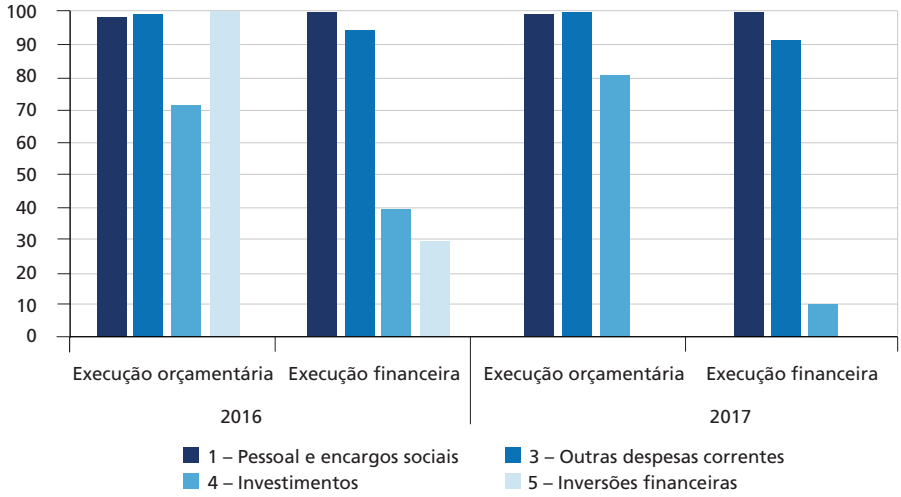
Quanto ao detalhamento da execução orçamentário-financeira por modalidade de aplicação, verifica-se discreta melhora de desempenho do MS na execução orçamentária entre 2016 e 2017, especialmente em relação às transferências para consórcios públicos e para instituições privadas sem fins lucrativos. A execução financeira,

12. De acordo com o disposto na EC nº 86, a aplicação mínima da União em 2017 seria de 13,7% da RCL deste exercício.
13. Há controvérsia entre especialistas sobre o regime a ser adotado para a verificação da aplicação mínima em ASPS. A Lei Complementar (LC) nº 141, de 2012, define basicamente que se deve utilizar o estágio de empenho das despesas para essa finalidade. Contudo, o estabelecimento do NRF pela EC nº 95 privilegia o regime de pagamento, pois o valor relativo ao teto de gastos constitui limite para as despesas pagas do exercício e para os RPs pagos no exercício. Com isso, alguns especialistas acreditam que esse novo regime deveria também se aplicar à verificação da aplicação mínima em saúde. O entendimento da equipe econômica do governo Michel Temer, no entanto, foi de que permanecesse a apuração do mínimo com base nas despesas empenhadas.

entretanto, foi menor em 2017 para as transferências a municípios e manteve-se baixa para transferências a instituições privadas sem fins lucrativos e a instituições multigovernamentais nos dois últimos anos. Destaca-se, ainda, que não houve pagamento das despesas empenhadas na modalidade de transferência a consórcios em 2017 e que em 2016 apenas 25,3% das despesas empenhadas como aplicação direta a título de reposição de RPs cancelados foram pagas, significando que R$ 235,3 milhões deixaram de ser pagos naquele exercício e podem ter sido rolados como RPs, adiando a efetiva compensação desse montante (tabela A.1 do apêndice).[14]

No tocante à execução por GNDs, houve melhora da execução orçamentária para as despesas com investimentos entre 2016 e 2017, de 70,3% para 80,1%, contudo, a execução financeira que já foi baixa em 2016 (39,6%) sofreu uma queda importante em 2017. Apenas 10,0% das despesas empenhadas foram pagas dentro desse exercício. Em valores correntes, dos quase R$ 6 bilhões empenhados somente R$ 599,1 milhões foram pagos (gráfico 2). Os valores detalhados são apresentados na tabela A.2 do apêndice.

GRÁFICO 2
Execução orçamentário-financeira do MS em ASPS, por GND (2016-2017)
(Em %)



Fonte: SIGA Brasil.
Elaboração dos autores.

14. No art. 24 da LC nº 141 consta a previsão legal sobre a reposição dos RPs cancelados de despesas que foram consideradas para fins de aplicação mínima em ASPS. O §2º desse artigo estabelece que "a disponibilidade deverá ser efetivamente aplicada em ASPS até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos RPs, mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente" (Brasil, 2012). A expressão efetivamente aplicadas é utilizada sem esclarecimento se a palavra efetivamente diz respeito apenas ao empenho do valor equivalente no próximo exercício ou ao seu pagamento. Na prática, se basta apenas empenhá-las, esse tipo de despesa pode passar por novo ciclo de rolagem até o seu pagamento ou novo cancelamento.

Elevada inscrição de despesas com investimentos como RPs tem ocorrido pelo menos desde 2002. A esse respeito é importante destacar que há maior dificuldade de execução financeira dessas despesas porque a realização de obras e a compra de equipamentos no SUS depende de atores em esferas administrativas diferentes. Estados e municípios precisam desenvolver projetos específicos, a fim de que o MS transfira os recursos empenhados de seu orçamento de acordo com o cronograma de desembolso estabelecido, e isso depende muito da capacidade local para desenvolvimento desses projetos e da relação entre a administração pública e a empresa contratada para execução da obra e para fornecimento dos bens. Se há problemas dessa natureza nos estados e municípios, o MS não pode transferir os recursos e deixar de dar prosseguimento ao cronograma definido, o que resulta em inscrição e reinscrição dessas despesas como RPs (Vieira e Piola, 2016a).

Essa, entretanto, não é a única causa da baixa execução financeira com investimentos. O contingenciamento dos pagamentos do MS tem papel muito relevante nesse contexto e tende a se intensificar sob a vigência do NRF, pela razão já mencionada quanto ao pagamento de despesas com ASPS. A probabilidade de que haja redução não só de pagamento mas também de empenho dessas despesas é alta. Em valores de 2017, a queda do montante pago de despesas com investimentos foi de 67% entre 2016 e 2017, passou de R$ 1,8 bilhão para R$ 599,1 milhões.[15] Em um contexto de congelamento da aplicação mínima federal em ASPS, em termos reais, e de subfinanciamento do SUS, a opção provável será a de manter em funcionamento os estabelecimentos de saúde existentes, com pouco espaço para a ampliação da capacidade instalada e, consequentemente, da oferta de serviços de saúde.

Quanto à análise das ações orçamentárias que tiveram despesas executadas pelo GND 4 (investimentos), apresenta-se na tabela A.3 do apêndice uma visão mais geral sobre as destinações dos recursos e o sobre o nível da execução orçamentário-financeira para cada uma delas em 2016 e 2017. Em ambos os exercícios, houve baixíssima execução financeira em ações relacionadas ao saneamento básico (ações 7656 e 7652). Além disso, chama a atenção a também baixa execução financeira dos investimentos em unidades de atenção especializada (4,1%, ação 8535), de atenção básica (1,0%, ação 8581) e naquelas com atendimento em saúde bucal (1,7%, ação 8730). Essas ações orçamentárias são utilizadas especialmente para financiar a aquisição de equipamentos para esses estabelecimentos de saúde.

Quanto ao contingenciamento das despesas do MS, verificou-se o esforço de o governo federal ajustar o valor autorizado no orçamento ao limite de empenho em 2017, de sorte que a diferença percentual do contingenciamento do empenho reduziu nesse exercício em relação a 2016 (de 4,5% para 2,5%). Ainda

15. Valores corrigidos pelo IPCA.

assim, em termos monetários, isso significa que houve contingenciamento de empenho no valor de R$ 2,7 bilhões em 2017. Em contrapartida, observou-se crescimento da limitação do pagamento nos últimos dois anos. Esse contingenciamento foi de 15% em 2016 e subiu para 19,3% em 2017, mantendo-se em patamar elevado, o que explica em grande medida o volume de despesas inscritas como RPs (tabela 1).

Vale lembrar que esses limites são destinados a todas as despesas do MS registradas nos GNDs 3, 4 e 5, o que inclui despesas pagas e RPs pagos de gastos que não são considerados em ASPS, como a parcela de copagamento do programa Farmácia Popular (R$ 504,9 milhões), as despesas com assistência médica ao servidor (R$ 332,9 milhões), academia da saúde (R$ 23,7 milhões), ANS (R$ 117,2 milhões), entre outras. Na prática, se deduzirmos do limite de pagamento do MS para 2017 (R$ 98,4 bilhões) as despesas mencionadas, restarão cerca de R$ 97,5 bilhões para pagamento de despesas com ASPS relacionadas aos GNDs citados. Esse valor fica aquém do necessário para pagamento das despesas empenhadas no exercício (R$ 105,3 bilhões) e dos RPs inscritos (R$ 10,7 bilhões),[16] totalizando R$ 115,9 bilhões em despesas com investimentos, inversões financeiras e outras despesas correntes.

No tocante aos RPs de despesas com ASPS, o entendimento inicial da equipe econômica do governo Dilma Rousseff era de que a obrigação de compensação dos RPs cancelados de despesas que foram computadas para fins da apuração da aplicação mínima com ASPS passaria a viger apenas a partir dos empenhos de 2013, uma vez que a LC nº 141 foi aprovada em 2012 e, assim, seus dispositivos a respeito do orçamento somente poderiam ser aplicados à próxima lei orçamentária anual (LOA). Essa interpretação ficou clara na regulamentação dessa LC por meio do Decreto nº 7.827, de 2012.[17]

Assim, criou-se um identificador de uso no orçamento federal para essas despesas, deixando-se de marcar como tal todos os RPs de despesas com ASPS até o exercício de 2012. Ou seja, esse procedimento dificultou o acompanhamento dos RPs de despesas com ASPS dos exercícios anteriores a 2013 e, consequentemente, a cobrança de reposição de eventuais valores cancelados, ao mesmo tempo em que favoreceu certo esquecimento de que essas despesas também foram computadas na apuração do cumprimento do mínimo nos respectivos anos de empenho.

16. Esse valor de inscrição de RPs de despesas com ASPS considera apenas os que o MS marcou como ASPS a partir de 2013. A seguir, nesta seção, mostra-se que o valor na prática é maior.
17. Ver art. 27 do Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, que regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências constitucionais e voluntárias de que trata a LC nº 141/2012. Neste trabalho, fica definido que os efeitos da regulamentação de que trata esse decreto serão produzidos a partir da execução orçamentária de 2013.

TABELA 1
Estimativas do contingenciamento de empenho e de pagamento do MS (2002-2017)
(Em R$ milhões)

Exercício	Valor autorizado GNDs 3, 4 e 5 (a)	Limite de empenho (b)	Contingenciamento de empenho estimado em porcentagem (c) = [(a) - (b)]/(a)	Despesas do MS empenhadas e RPs inscritos (GNDs 3, 4 e 5)			Limite de pagamento (g)	Contigenciamento de pagamento estimado em porcentagem (h) = [(f) - (g)]/(f)
				Empenhadas (d)	RPs inscritos (e)	**Total (f)**		
2002	23.982	22.476	6,3	22.456	3.047	**25.503**	22.020	13,7
2003	24.675	24.678	0,0	23.846	2.933	**26.779**	24.038	10,2
2004	30.656	29.307	4,4	29.221	2.430	**31.651**	28.603	9,6
2005	34.905	33.352	4,4	33.308	3.325	**36.633**	33.267	9,2
2006	37.697	36.892	2,1	36.026	4.182	**40.207**	35.734	11,1
2007	44.345	38.407	13,4	41.021	5.886	**46.907**	37.958	19,1
2008	46.971	44.372	5,5	44.599	7.574	**52.172**	44.450	14,8
2009	52.935	49.556	6,4	51.576	9.602	**61.178**	47.877	21,7
2010	56.820	54.135	4,7	54.439	13.183	**67.622**	52.190	22,8
2011	66.126	65.135	1,5	64.063	12.548	**76.611**	57.880	24,4
2012	80.551	5.536	6,2	71.543	13.983	**85.526**	68.327	20,1
2013	84.102	81.766	2,8	76.522	14.841	**91.363**	74.446	18,5
2014	103.434	88.814	14,1	84.821	15.413	**100.235**	84.643	15,6
2015	91.031	90.171	0,9	92.602	14.794	**107.396**	86.991	19,0
2016[1]	102.516	97.937	4,5	98.634	15.791	**114.425**	97.300	15,0
2017[2]	110.204	107.502	2,5	107.592	14.376	**121.968**	98.442	19,3

Fonte: SIGA Brasil (para a execução orçamentária), Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi) (para o limite de empenho) e portal da Secretaria do Tesouro Nacional (para o limite de pagamento).
Elaboração dos autores.
Notas: [1] Decreto nº 8.824, de 29 de julho de 2016.
[2] Decreto nº 9.248, de 22 de dezembro de 2017.

Aparentemente, essa equipe econômica mudou seu entendimento sobre o ano em que começa a obrigação de compensação dos RPs, de 2013 para 2012, provocada por questionamentos feitos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), admitindo assim que esta exigência se daria a partir do ano de publicação da LC nº 141. Contudo, os membros do conselho divergiram desta interpretação, pois para eles a LC especifica apenas que cancelamentos de despesas com ASPS que impactem a aplicação mínima devem ser compensados, independentemente do ano de empenho dessas despesas, com aplicação de recursos adicionais em dotações específicas (Brasil, 2016b).

A importância dos RPs do ponto de vista fiscal, ou seja, das despesas primárias não pagas até o final de dezembro e roladas para pagamento no exercício seguinte, é que eles contribuem para reforçar o *superavit* primário do governo. O não pagamento é interpretado como um esforço de poupança, configurando um tipo de poupança não financeira (Aquino e Azevedo, 2017). Além disso, como mencionado anteriormente, com a instituição do NRF, no caso da saúde, os RPs podem constituir mecanismo para liberação de limite do teto de gastos para pagamento de outras despesas que não com saúde, uma vez que a apuração do piso com ASPS continua sendo feita pela despesa empenhada e não com base na despesa paga e nos RPs pagos, os quais consumiriam maior parcela do teto de gastos se fossem considerados para atingir o patamar de aplicação mínima. Por exemplo, a aplicação mínima em 2017 foi de R$ 109,1 bilhões, e a soma das despesas do exercício pagas e dos RPs pagos foi de R$ 106,6 bilhões (Vieira, Piola e Benevides, 2018). Logo, se a mesma regra do teto de gastos fosse aplicada para a apuração do mínimo da saúde, a equipe econômica do governo Michel Temer teria de pagar no mínimo R$ 109,1 bilhões de despesas com ASPS e teria R$ 2,5 bilhões a menos para pagar despesas de outras áreas.

Ainda em relação aos RPs de despesas com ASPS, apresenta-se, na tabela 2, o volume de recursos que deveria ser reposto pela União, segundo a perspectiva de compensação dos RPs cancelados do CNS. Complexo acompanhamento da execução dos RPs teve que ser feito para se chegar aos valores apresentados, pois é preciso controlar por ano do empenho o cancelamento dos RPs para verificar se a dedução desses valores das despesas empenhadas compromete o piso do respectivo ano. Assim, considerando os RPs ainda inscritos em 2018 de despesas dos exercícios de 2003 a 2015 – que, se cancelados, afetariam o mínimo de cada ano (R$ 5,8 bilhões) – e a necessidade de reposição de cancelamentos de RPs não compensados em sua totalidade nos exercícios de 2013 a 2017, considerando ainda os que devem ser repostos em 2018, totalizando R$ 6,7 bilhões, têm-se o montante de R$ 12,4 bilhões. Ao considerar ainda a controvérsia sobre o estágio da despesa para apuração do mínimo em 2017 e assumir que o regime de pagamento deve ser adotado, tal qual foi implementado para a apuração do

teto de gastos, então teria ocorrido *deficit* de aplicação em ASPS pela União em 2017. Portanto, mais R$ 2,5 bilhões deveriam ser alocados nesse último ano, totalizando R$ 14,9 bilhões em valores de 2017 a serem executados adicionalmente ao piso do ano em 2018.[18]

Em resumo, o que se observa quanto à execução orçamentário-financeira do MS é que, embora tenha ocorrido leve melhora da execução orçamentária, houve piora da execução financeira, a qual, persistindo a prática de inscrever parte significativa das despesas como RPs, tem por causa básica o contingenciamento dos recursos para pagamento de suas despesas. O aumento real das despesas empenhadas não foi acompanhado de aumento real das despesas pagas. Na prática, os pagamentos efetuados em 2017 ocorreram em montante inferior aos de 2016. Sob a vigência do teto de gastos, há incentivo para que a execução financeira do órgão piore ainda mais.

Outra questão que merece atenção é a execução de despesas com ASPS cujas dotações foram definidas por meio de emendas parlamentares. Entre 2015 e 2017, houve aumento de 178% no empenho de emendas impositivas (individuais e parte das emendas de bancada), de R$ 1,8 bilhão para R$ 5,0 bilhões em valores de 2017. Também houve aumento da execução de outras emendas parlamentares, de forma que, na totalidade, as emendas parlamentares ampliaram a sua participação no orçamento de ASPS do MS de R$ 1,9 bilhão em 2015 para R$ 9,2 bilhões em 2017, em valores constantes. Considerando que, a partir de 2018, a aplicação mínima federal estará congelada até 2036 e que, embora a execução de emendas impositivas também tenha sido congelada pela EC nº 95, outras emendas estão sendo executadas em valor significativo, pode-se esperar aumento da participação dos critérios adotados pelos parlamentares para alocação de recursos no orçamento do MS. Mais estudos são necessários para investigar os impactos dessa situação na equidade da alocação dos recursos federais e para entender as razões pelas quais o MS está empenhando montante expressivo de despesas com outras emendas, R$ 3,6 bilhões em 2016, em valores de 2017, e R$ 4,3 bilhões em 2017, ou seja, valor muito maior do que aquele a que está obrigado constitucionalmente a cumprir.

18. Para o detalhamento do cálculo desses valores, ver Vieira, Piola e Benevides (2018).

TABELA 2
Estimativa do valor adicional à aplicação mínima que deveria ser alocado pela União para financiamento de ASPS em 2018

Ano do empenho	Valor a pagar em 2018 – estoque de RPs inscritos que se cancelados comprometem o cumprimento dos pisos conforme determina a CF/1988			
	RPs inscritos em 2018	Saldo de aplicação em 31/12/2017	Valor a pagar em 2018 (R$ correntes)	Valor a pagar em 2018 (R$/2017)
2003	3.211.103,80	-	-3.211.103,80	-7.158.960,05
2004	4.115.861,61	-	-4.115.861,61	-8.608.165,77
2005	9.068.711,28	-	-9.068.711,28	-17.747.676,53
2006	17.177.416,54	-	-17.177.416,54	-32.266.699,83
2007	74.088.381,00	-	-74.088.381,00	-134.280.845,69
2008	108.218.525,50	-	-108.218.525,50	-185.600.246,75
2009	362.212.162,67	-	-362.212.162,67	-592.262.203,19
2010	256.341.570,89	-	-256.341.570,89	-399.043.812,01
2011	546.457.472,92	-	-546.457.472,92	-797.723.216,00
2012	773.408.885,75	-	-773.408.885,75	-1.071.149.256,78
2013	629.015.041,27	-	-629.015.041,27	-820.275.460,95
2014	743.362.863,88	-	-743.362.863,88	-911.690.785,16
2015	777.639.451,77	67.826.663,53	-709.812.788,24	-798.444.984,42
2016	1.919.377.575,76	12.295.315.990,37	-	-
2017	NRF[1]	-	-	-
Subtotal				-5.776.252.313,12

(Continua)

(Continuação)

Valor a pagar em 2018 – RPs cancelados não compensados			
Exercício financeiro	Valor a pagar em 2018 (R$ correntes)		Valor a pagar em 2018 (R$/2017)[2]
2013	-1.014.929.190,10		-1.323.531.958,09
2014	-586.279.781,14		-719.037.632,84
2015	-1.790.974.094,93		-2.014.607.664,17
2016	-1.839.764.778,61		-1.903.169.941,65
2017	-93.539.205,70		-93.539.205,70
2018[3]	-602.206.388,02		-602.206.388,02
Subtotal			-6.656.092.790,47
Valor a pagar em 2018 – *deficit* de aplicação em 2017 (regra do NRF)			
Ano do empenho	Saldo de aplicação em 31/12/2017	Valor a pagar em 2018 (R$ correntes)	Valor a pagar em 2018 (R$/2017)
2017	-2.493.101.564,74	-2.493.101.564,74	-2.493.101.564,74
Subtotal			-2.493.101.564,74
Total			**-14.925.446.668,32**

Fonte: Vieira, Piola e Benevides (2018).

Notas: [1] A hipótese assumida aqui é de que está valendo o NRF para o exercício de 2017, assim, os RPs inscritos já não importam. O que vale é o montante de despesa paga (do exercício + RPs pagos no exercício). O deficit de aplicação identificado está registrado a seguir.

[2] Há uma grande limitação na ocorrência monetária apresentada neste quadro. O valor da coluna valor a pagar em 2018 (R$ correntes) contempla cancelamento de RPs de diversos exercícios financeiros. A dificuldade metodológica é que não se consegue dizer a que RPs cancelados (de que anos) se refere a parcela compensada pela União para cálculo do que resta a pagar por ano de empenho. Assim, o valor corrigido aqui está sendo tratado como o referente ao total não compensado de diferentes anos de empenho no exercício financeiro, e, por isso, ele é menor do que o valor real se fosse considerada a parcela não compensada de cada ano de empenho. Contudo, é melhor corrigir parte da perda inflacionária do que não corrigir nenhuma perda.

[3] O valor a ser compensado em 2018 corresponde ao total de RPs cancelados em 2017 que afetam aplicação mínima em vários exercícios anteriores.

3.2 Mudanças em políticas/programas estratégicos

No contexto de congelamento dos recursos federais destinados à atenção à saúde, retomou-se a discussão a respeito do engessamento da gestão local pelo crescente número das chamadas modalidades de transferências financeiras, levando, em 2017, ao surgimento da proposta, apenas parcialmente implementada, do SUS Legal, que é discutida a seguir. Também serão analisadas as mudanças propostas pela revisão feita em 2017 da PNAB e as dificuldades de reposição dos médicos cubanos que o governo federal está enfrentando após a saída do governo de Cuba do acordo intermediado pela OPAS com o governo brasileiro. Por fim, é analisado o aumento da mortalidade na infância verificado em 2016, que interrompeu uma trajetória de queda que era observada desde 1990.

3.2.1 SUS Legal

Na reunião da CIT em janeiro de 2017, os representantes dos gestores do SUS das três esferas de governo apresentaram o primeiro esboço de uma proposta de mudança na sistemática de financiamento federal das ações e dos serviços de saúde executados pelos governos estaduais e municipais, que foi denominada SUS Legal. Essa proposta partiu de um diagnóstico de que há ineficiência na gestão dos recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos estaduais e municipais de saúde decorrente do formato do financiamento federal das ações de saúde executadas por estados e municípios, a qual condiciona a transferência de recursos à adoção de programas e políticas definidos pelo MS, o que inibiria a definição de prioridades pelos gestores locais. Alegou-se que haveria um represamento de recursos nas contas bancárias dos fundos de saúde decorrente das regras para execução das despesas – sobrariam valores nas contas bancárias dos fundos de saúde estaduais e municipais relativos a alguns blocos de financiamento que não podiam ser utilizados para pagamento de despesas de outro bloco.

O principal argumento utilizado pelos defensores da proposta SUS Legal é a necessidade de implantação do planejamento ascendente, do nível local até o federal, previsto no art. 36 da Lei nº 8.080, de forma que as prioridades locais sejam preponderantes na definição das políticas de saúde nos níveis municipal e estadual. Nessa perspectiva, o processo de planejamento das ações e dos serviços de atenção à saúde partiria dos planos municipais de saúde para a construção dos planos estaduais e do Plano Nacional de Saúde, e esses planos orientariam a construção da programação anual de saúde dos entes federados.

Para ilustrar a fragmentação do financiamento, os defensores da proposta frequentemente inflam[19] o número de tipos de repasse com regras específicas para

19. Um número frequentemente citado foi o de 882 linhas de repasse. Ver, por exemplo, Santos (2017), Donizette e Junqueira (2017) e CONASEMS (2017).

aplicação dos recursos. Apesar de o número de linhas de repasses ser relativamente elevado, não chega a ser próximo ao apregoado nas críticas ao atual formato do financiamento federal do SUS. Em 2016, o FNS transferiu recursos para os municípios em 122 linhas de repasse de custeio, a mediana do número de linhas de repasse foi de 22, e os municípios com maior número de linhas de repasse foram São Paulo e Belo Horizonte, com 75 (Benevides, 2018).

Os defensores da proposta, gestores das três esferas de governo, realizaram uma série de apresentações[20] em reuniões e eventos ao longo de 2017 defendendo a ideia de que para tornar realidade o planejamento ascendente seria necessário transferir os recursos de custeio globalmente, eliminando as regras específicas para aplicação de recursos.

O formato do financiamento federal vigente até 2017 foi definido no âmbito do Pacto pela Saúde. A Portaria nº 204/2007 simplificou os mecanismos de transferências de recursos agregando as dezenas de linhas de repasse de recursos para custeio em cinco blocos de financiamento. Os recursos eram transferidos para as contas bancárias de cada bloco, o que permitia aos gestores utilizar os recursos de cada linha de repasse dentro do respectivo bloco ao longo do ano, além de comprovar o cumprimento das regras para recebimento de recursos em cada política: o recebimento de recursos do PSF, por exemplo, no Bloco de Atenção Básica, exige a implantação de número de equipes pactuado com o MS. A proposta do SUS Legal não modificaria, a princípio, a necessidade de comprovação do cumprimento desses requisitos para recebimento dos recursos.

A proposta de repasse global dos recursos de custeio demandaria uma mudança importante na classificação orçamentária das despesas, uma vez que os recursos transferidos para os municípios deveriam ser aplicados nas mesmas subfunções nas quais o recurso foi empenhado pelo MS, respeitando a classificação funcional programática original. Seria necessária uma inovação na classificação orçamentária da despesa, com a criação de uma subfunção[21] genérica para transferência de recursos fundo a fundo, que seriam aplicados nas subfunções escolhidas pelos gestores locais. Essa mudança, que conferiria maior liberdade na classificação orçamentária da despesa financiada por recursos federais transferidos não obteve êxito, mas, em 28 de dezembro de 2017, o MS publicou a Portaria nº 3.992, que modificou a sistemática de repasse de recursos financeiros, passando a transferir verbas para estados e municípios em dois blocos de financiamento, por GND – custeio e capital –, unificando os repasses financeiros de custeio em uma única conta bancária.

20. As ações propostas foram tornadas públicas por meio de apresentações realizadas por representantes do MS e do CONASEMS. Para mais informações, ver Jaccoud e Vieira (2018).
21. Atualmente, as subfunções são definidas pela Portaria do Ministério do Planejamento (MP) nº 42, de abril de 1999. As subfunções da saúde são: 301 – atenção básica; 302 – assistência hospitalar e ambulatorial; 303 – suporte profilático e terapêutico; 304 – vigilância sanitária; 305 – vigilância epidemiológica; e 306 – alimentação e nutrição.

A Portaria nº 3.992 conferiu maior flexibilidade aos gestores ao longo do exercício financeiro para aplicação dos recursos recebidos, antes divididos em cinco contas bancárias, mas permanece a exigência de que sejam aplicados conforme o plano de trabalho do Orçamento Geral da União (OGU), nas finalidades definidas pelo MS em seu cálculo, respeitando a classificação funcional programática. A verificação do cumprimento da aplicação dos recursos, conforme as finalidades definidas no OGU, será realizada por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG) – que deve ser enviado ao respectivo conselho de saúde até 30 de março do ano seguinte ao do exercício financeiro, conforme o art. 36 da Lei nº 141/2012. Não existem ainda, entretanto, instrumentos que padronizem a informação para facilitar a verificação desse cumprimento, uma vez que o SIOPS do MS e o Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), de preenchimento obrigatório para elaboração e envio do RAG, também desenvolvido pelo MS, não foram preparados para receber as informações sobre a execução orçamentária de estados e municípios nesse formato no ano de 2018. Importante destacar que, antes mesmo da publicação da Portaria nº 3.992, a prestação de contas dos recursos transferidos pelo ministério às secretarias de saúde estaduais e municipais também não estava claramente estabelecida.

A proposta do SUS Legal busca conceder maior autonomia aos municípios, priorizando o planejamento local, o que pode levar a uma maior fragmentação do sistema de saúde, dificultando a cooperação e o planejamento regional. As duas propostas, tanto a versão original – que propunha a modificação da classificação orçamentária dos recursos transferidos – quanto a implementada por meio da Portaria nº 3.992 – que flexibilizou o gerenciamento dos recursos financeiros recebidos –, conferem aos municípios maior liberdade na aplicação dos recursos federais, e não preveem instrumentos para promover a cooperação e o planejamento regional, essenciais para consolidar uma rede hierarquizada de serviços de saúde e garantir a universalização e a integralidade da atenção à saúde, dadas as características peculiares do federalismo brasileiro, com três esferas de governo, milhares de entes federados e grande concentração da capacidade instalada em ações e serviços de saúde.

Outro ponto importante é que embora a proposta inicial do SUS Legal tratasse da necessidade de explicitação do método utilizado para rateio dos recursos e dos valores a serem transferidos anualmente a cada ente da Federação, prevista no art. 17 da LC nº 141/2012, essa medida seria de difícil execução. Essa dificuldade adicional para alteração na distribuição atual, via implementação dos critérios previstos na referida LC, materializados nas portarias que definem as regras para recebimento dos recursos federais, é decorrente do congelamento das despesas primárias e do piso de aplicação federal de 2018 a 2036 determinado pela EC nº 95 (Vieira e Benevides, 2016). A reformulação dos critérios de rateio dos recursos federais transferidos em um contexto de congelamento das despesas

levaria a ganhos e perdas de recursos entre os entes federados e certamente teria a oposição daqueles entes perdedores (Piola, 2017), situação agravada pela crise econômica e por seus reflexos sobre a situação fiscal dos estados e dos municípios.

3.2.2 A revisão da PNAB versão 2017

É possível que o comprometimento das finanças dos entes da Federação, em decorrência da crise econômica, e a implementação de políticas de austeridade fiscal com impactos sobre o financiamento do SUS tenham motivado a revisão de algumas políticas, entre elas a da atenção básica. Tradicionalmente, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) oferecem assistência à saúde por meio de equipes multidisciplinares compostas por médicos (clínico geral, ginecologista e pediatra), enfermeiros e auxiliares de enfermagem.[22] O atendimento se dá por demanda espontânea (o paciente busca assistência nas UBS), não há adscrição de clientela, e a delimitação da área de abrangência das equipes se refere exclusivamente às ações de vigilância em saúde.

A criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do PSF, renomeado mais recentemente para ESF, na primeira metade da década de 1990 marca uma nova proposta de organização da atenção básica e de reestruturação do SUS e de seu modelo assistencial. O PACS busca fortalecer o elo entre a comunidade e os serviços de saúde, contando com a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que realizam visitas domiciliares na área de abrangência de sua UBS e produzem informações que ajudam a dimensionar os principais problemas de saúde da comunidade. A ESF busca reorientar o modelo de assistência à saúde por meio do atendimento em UBS por equipes multiprofissionais compostas por no mínimo um médico generalista, especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliares ou técnicos de enfermagem e ACS. Podem ser acrescentados a essa composição profissionais de saúde bucal, quais sejam cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Os profissionais da ESF são responsáveis pelo atendimento da população de uma área geográfica específica (população adscrita) com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, fortalecendo a atenção básica como porta de entrada prioritária no SUS.

À medida que novas iniciativas (programas, ações etc.) foram sendo incorporadas à atenção básica, surgiu a necessidade de elaboração de uma política nacional que não apenas agrupasse essas iniciativas, mas revisasse muitas delas com vistas a definir prioridades e otimizar o uso dos recursos públicos. Assim, em março de

22. No modelo tradicional também podem ser oferecidas assistência em especialidades como oftalmologia, dermatologia e cardiologia, mas sua distribuição pelas UBS acontece de modo irregular.

2006, foi publicada a primeira versão da PNAB – Portaria do Gabinete do Ministro (GM)/MS nº 648. Buscando preservar a centralidade da ESF e consolidar a atenção básica como principal porta de entrada e organizadora da atenção à saúde prestada pelo SUS, em 2011 houve uma primeira revisão da PNAB. Desde então, programas e ações foram modificados e novas iniciativas foram implementadas, como o PMM, o que levou à necessidade de nova revisão da PNAB (Almeida *et al.*, 2018).

O capítulo de saúde da edição 21 deste periódico tratou em detalhes da revisão da PNAB feita em 2011. *Grosso modo*, a revisão de 2011: *i)* manteve a ESF como forma prioritária de organização da atenção básica, mas incorporou diretrizes e normas relativas a outras formas de organização desse nível de atenção, genericamente conhecidas como modelo tradicional; *ii)* fez adequações nas equipes de saúde para atender às necessidades de populações específicas, como a população em situação de rua, os ribeirinhos e quilombolas e as pessoas com dificuldade de locomoção que precisam de cuidados continuados; *iii)* buscou estimular a prática da atividade física pela população como forma de promoção da saúde, principalmente por meio de incentivos financeiros para implantação de polos de Academia da Saúde; e *iv)* fez alterações no modelo de financiamento, com destaque para a introdução de incentivos financeiros para o alcance de metas de produção e de qualidade da atenção prestada por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (Ipea, 2013).

A partir de 2015, iniciou-se um novo processo de revisão da PNAB, que teve seu produto final publicado em 2017.[23] Essa revisão foi defendida especialmente por gestores municipais e estaduais de saúde, por meio dos CONASEMS e dos Conselhos Nacionais dos Secretários de Saúde (CONASS), que, dado o rearranjo de forças políticas decorrente de mudanças na gestão do MS, foram capazes de priorizar suas demandas. A saber, que fosse ampliado o financiamento federal para outras modalidades de organização da atenção básica e que fossem permitidos novos arranjos na composição das equipes da ESF. Essa proposta sofreu resistência por parte dos técnicos do MS, que viram nas mudanças ameaças à centralidade da ESF como forma de organização da atenção básica (Almeida *et al.*, 2018).

Embora a PNAB reconhecesse em sua versão 2011 outros formatos de organização da atenção básica, na revisão feita em 2017 as demais formas não apenas são reconhecidas mas também passam a receber recursos federais para o financiamento dos trabalhos de suas equipes – denominadas de modo genérico de Equipes de Atenção Básica (EAB). Ou seja, o governo federal deixa de transferir incentivos adicionais por meio do Piso da Atenção Básica Variável somente para quem adota a ESF. Embora os recursos destinados às EAB sejam inferiores aos destinados às equipes de saúde da família, alguns especialistas da área receiam que

23. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

essa mudança leve à substituição da ESF, uma estratégia reconhecida como efetiva, por outras formas de organização da atenção básica em um contexto de austeridade fiscal e enxugamento dos recursos destinados à assistência à saúde.

Controvertidas também são as mudanças propostas em termos de composição das equipes de saúde que atuam na atenção básica e da relação proporcional entre profissionais de saúde e população adscrita. Apesar da revisão da PNAB em 2017 definir que as EAB devam seguir os mesmos princípios e diretrizes previstos para a ESF, é permitido a essas equipes não terem em sua composição os ACS. No que diz respeito às equipes de saúde da família, a revisão de 2017 da PNAB manteve a proporção de 750 pessoas por ACS e reduziu de 3.000 a 4.000 a proporção de pessoas por equipe de saúde da família para uma proporção de 2.000 a 3.500. Podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, sendo facultado aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na atenção básica e o Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território. Como argumentam Morosini, Fonseca e Lima (2018), a liberdade de ter ou não ACS nas EAB pode tornar essa alternativa ainda mais atraente em relação à ESF, quando se consideram as conquistas desses trabalhadores em relação aos vínculos empregatícios e à definição do piso salarial da categoria. Adicionalmente, os autores alegam que a flexibilização dos parâmetros de cobertura pode criar dificuldades de acesso à atenção à saúde por parte da população.

Por fim, cabe destacar outra mudança importante na revisão de 2017 da PNAB que é o retorno da obrigatoriedade de quarenta horas semanais para os profissionais da ESF de modo geral, e em particular para os médicos. A revisão da PNAB feita em 2011, na tentativa de lidar com a dificuldade de contratar médicos para as equipes de saúde da família em algumas localidades, flexibilizou a regra de um médico por equipe para o cumprimento de quarenta horas semanais. Além da situação considerada ideal, o cumprimento desse total de horas, os médicos poderiam ser contratados para cumprir cargas horárias de vinte ou trinta horas semanais. Adicionalmente, existia a possibilidade de atuação de mais de um profissional médico nas equipes de modo a atingir a totalidade de horas semanais.

Interessante notar que, ao mesmo tempo em que obriga o retorno da carga horária de quarenta horas semanais para todos os profissionais da ESF, a PNAB 2017 permite às EAB flexibilidade na contratação de profissionais para seu funcionamento respeitando apenas o limite mínimo de quarenta horas semanais por categoria profissional, a carga horária mínima de dez horas por profissional e o número máximo de três profissionais por categoria. Nessas circunstâncias, Morosini, Fonseca e Lima (2018) identificam ao menos três fatores que podem tornar mais

atraente a adoção do modelo tradicional de atenção básica: contam com menos profissionais do que a ESF e, portanto, podem ter um custo mais baixo; são mais fáceis de organizar, em função da flexibilidade da carga horária; e também passam a ser financeiramente apoiadas.

Um argumento usado para a flexibilização da organização da atenção básica é atender especificidades locais, o que parece razoável do ponto de vista teórico. Considerando-se, contudo, as evidências empíricas a respeito do impacto positivo que a ESF tem para o desempenho do sistema público de saúde, as mudanças propostas são questionáveis. A ESF foi crucial para a expansão da cobertura populacional pelo SUS e é importante ferramenta para mudança do modelo assistencial. Atualmente, quase 42 mil equipes de saúde da família cobrem aproximadamente 143 milhões de pessoas com resultados bastante positivos como a melhoria do acesso e utilização de serviços de saúde, incluindo os de atenção à saúde bucal, diminuição das desigualdades, queda significativa na mortalidade infantil, redução nas internações evitáveis, entre outros (Andrade *et al.*, 2018).

3.2.3 PMM

A contratação e a fixação de profissionais para atuarem na atenção básica em algumas localidades têm sido um problema de difícil solução. A desigual distribuição territorial dos profissionais de saúde em geral, e dos médicos em particular, faz das regiões Norte e Nordeste e periferias das grandes cidades as áreas mais desassistidas. A exigência de quarenta horas semanais para os médicos vinculados ao Saúde da Família, em obediência ao definido pela PNAB de 2007, sempre foi considerada por muitos gestores um item de difícil atendimento, que inviabilizava outros arranjos que poderiam levar assistência médica à população. O fato concreto é que auditorias feitas apontaram que vários municípios não cumpriam a regra definida pela PNAB à saúde quanto à carga horária semanal para médicos vinculados às equipes da ESF.

Assim, a revisão da PNAB publicada em agosto de 2011 flexibilizou a carga horária a ser cumprida por médicos da ESF. A portaria permite diversas composições de carga horária de forma tal que um mesmo profissional médico poderá atuar com carga horária de quarenta horas em uma única ESF ou fazer composições de carga horária, podendo trabalhar em mais de uma equipe ou mesmo em outras ocupações públicas ou privadas. Para receber 100% dos repasses relacionados ao Piso da Atenção Básica Variável (PAB-Variável), uma equipe poderia ser composta por um médico contratado por quarenta horas ou dois médicos por trinta horas. Abriu-se a possibilidade de se ter três médicos de trinta horas para receber o repasse equivalente a duas equipes da ESF ou, ainda, quatro médicos de também trinta horas para se receber o repasse para três equipes da ESF. Se houvesse dois médicos contratados por vinte horas para uma equipe, o repasse corresponderia a 85% do valor previsto para uma equipe da ESF.

Estabeleceu-se, também, uma modalidade de equipe transitória, com um médico com carga horária de vinte horas para uma equipe da ESF com repasse correspondente a 60% do valor previsto para essa equipe, e há limites de equipes nessa modalidade, a depender do tamanho do município (Ipea, 2012).

Apesar de a flexibilização aprovada na PNAB 2011 ser vista pelos gestores do SUS como forma de garantir maior cobertura de assistência médica, a medida foi muito criticada como uma descaracterização da atenção longitudinal da população adscrita, que é um dos pilares da ESF. Assim, além da flexibilização da carga horária e na composição das equipes, diversas políticas adicionais foram adotadas com o intuito de atrair e fixar médicos em determinadas localidades. Por exemplo, foi aberta a possibilidade de reduzir o débito com o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES) de profissionais com graduação recentemente concluída que optassem por fazer residência médica em áreas e regiões prioritárias com carências e dificuldade de retenção de médicos para a ESF e em especialidades médicas consideradas prioritárias. Os médicos que atuassem na atenção básica com vinculação a uma ESF teriam direito ao abatimento de 1% ao mês na dívida do FIES, sendo de um ano o período mínimo. Em menos de dez anos eles teriam suas dívidas quitadas. Além disso, foi criado o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) com o objetivo de estimular e valorizar o profissional de saúde que atue em equipes multiprofissionais no âmbito da atenção básica e da ESF, sendo que a participação no programa concederia bonificação para as seleções do Programa de Residência Médica (Ipea, 2012).

Na primeira edição do Provab, o profissional contratado deveria ser remunerado diretamente pelo município com salário equivalente ao dos profissionais locais das ESFs, além de receber uma bolsa do MS pelo curso de especialização em atenção básica. Após o baixíssimo nível de contratação dos profissionais selecionados, o programa passou por ajustes que permitiram expandi-lo. Os incentivos, porém, não foram suficientes. Levantamento feito em 2012 mostrava que mais de 2.800 prefeituras solicitaram 13 mil médicos e menos da metade foi atendida por pelo menos um profissional, correspondendo a 29% das vagas abertas.[24]

A urgência em prover médicos para os locais que continuavam desassistidos levou ao lançamento em 2013 do PMM, que além da fixação dos médicos no curto prazo também investiu na sua adequada formação para o atendimento das necessidades do SUS na atenção básica. A primeira fase foi destinada à inscrição de médicos formados no Brasil ou que já tinham autorização para atuar no país e atendeu apenas 6% da demanda. Posteriormente, as vagas remanescentes foram oferecidas primeiramente aos brasileiros graduados no exterior e em seguida aos estrangeiros. Os médicos com diplomas do exterior iriam atuar com autorização

24. Disponível em: <http://twixar.me/9N3n>. Acesso em: 18 fev. 2019.

profissional provisória, restrita à atenção básica e às regiões onde fossem alocados pelo programa. A jornada de trabalho seria de quarenta horas semanais, para as quais os médicos teriam direito a uma bolsa de R$ 10 mil, paga pelo MS. Além disso, os profissionais teriam ajuda de custo para moradia e alimentação, de responsabilidade dos municípios. Por fim, foram recrutados profissionais cubanos em um regime de contratação diferente, intermediado pela OPAS/OMS.

Até recentemente, o PMM contava ativamente com quase 13.400 profissionais, dos quais 8.500 eram cubanos, presentes em quase 3.300 municípios brasileiros, prestando atendimento a uma população estimada de mais de 46,2 milhões de pessoas, sendo que todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) eram atendidos pelo programa.[25]

Diversos estudos mostram que o PMM tem sido efetivo em alocar profissionais médicos a áreas desassistidas, melhorar acesso e tornar a atenção básica mais efetiva. A revista *Ciência e Saúde Coletiva* publicou uma edição especial sobre o programa em 2016,[26] que aponta que este foi bem-sucedido em reduzir a escassez de médicos, especialmente nas localidades com dificuldades para atrair e reter esses profissionais, privilegiou os municípios com maior vulnerabilidade social, melhorou o acesso à atenção primária, teve impacto positivo nos indicadores de produção, entre outros. Quanto à efetividade, existem evidências, ainda que incipientes, de que o programa contribui para reduzir internações sensíveis à atenção básica independentemente do modelo adotado (Gonçalves *et al.*, 2016) e quando integrado à ESF (Miranda *et al.*, 2017). Chegou-se a descrevê-lo como o mais bem-sucedido programa de interiorização de médicos.[27]

Desde sua criação, entretanto, o PMM sofreu forte oposição de alguns segmentos da sociedade, valendo destacar a oposição dos médicos, especialmente por meio do Conselho Federal de Medicina (CFM) e de alguns setores mais conservadores da sociedade e de seus representantes políticos, à participação de médicos formados no estrangeiro devido a dúvidas quanto à sua formação e, no caso dos médicos cubanos, também devido a questões ideológicas.

Questões dessa natureza ressurgiram com a eleição de um novo governo de matiz conservador. Após a publicação do resultado do pleito, contudo, o novo governo manifestou seu interesse em manter o PMM, mas com a substituição dos cerca de 8.500 cubanos por brasileiros ou estrangeiros de outros países. Após o presidente eleito questionar a capacitação dos médicos cubanos e criticar a retenção de parte de seus salários pelo governo daquele país,[28] o governo de Cuba anunciou

25. Mais informações disponíveis em: <http://twixar.me/SN3n>.
26. Mais informações disponíveis em: <http://twixar.me/pN3n>. Acesso em: 27 fev. 2019.
27. Mais informações disponíveis em: <http://twixar.me/FM3n>. Acesso em: 20 fev. 2019.
28. O governo brasileiro repassava ao governo cubano, por meio da OPAS, o salário integral dos médicos e o governo cubano posteriormente repassava apenas uma parcela do valor recebido aos médicos – aproximadamente 30% do valor integral.

a rescisão unilateral do acordo assinado com o Brasil e a imediata saída dos seus médicos do programa.

Em 20 de novembro de 2018, o atual governo publicou edital em que foram ofertadas cerca de 8.500 vagas em todo o país para médicos que têm registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) ou para médicos brasileiros formados no exterior e com diploma revalidado no Brasil. Após o encerramento do prazo final para inscrição, inicialmente fixado no dia 25 de novembro de 2018, e a alegação por parte do MS de que, após três dias, quase 26 mil candidatos já tinham se inscrito, e que 92% das vagas já tinham sido preenchidas,[29] as inscrições para o programa foram prorrogadas até 7 de dezembro, e o prazo final para apresentação dos selecionados, até o dia 14 do mesmo mês – o prazo posteriormente foi prorrogado até o dia 18. Nesse ínterim, também foram abertas inscrições para brasileiros e estrangeiros formados no exterior sem registro no Brasil.

No último balanço apresentado, o MS alega que todas as vagas que foram abertas após o fim da cooperação com o governo cubano foram preenchidas.[30] As alterações nos prazos e no perfil dos médicos elegíveis ocorridas desde o lançamento do edital inicial em 20 de novembro e alguns balanços apresentados pelo ministério sugerem, contudo, que a alocação de médicos para algumas localidades das regiões Nordeste e Norte e, particularmente, os DSEIs continuam enfrentando problemas. A percepção de que nem todas as vagas foram preenchidas é fortalecida por inconsistência detectada pelo CONASEMS nos balanços apresentados pelo MS: apesar de alegar que todas as vagas foram preenchidas (aproximadamente 8.500), na relação nominal de médicos divulgada constavam apenas 7.271 profissionais alocados. Adicionalmente, o CONASEMS afirma que muitas das vagas foram preenchidas com profissionais que já trabalham no SUS. Ao cruzar a relação dos médicos alocados nessa etapa do programa com registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), este conselho estima que mais de 2.800 desses médicos já atuavam na ESF, e o número é ainda maior se forem considerados os profissionais que atuavam em outros serviços do SUS, como hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).[31]

3.2.4 Aumento da mortalidade na infância[32]

A taxa de mortalidade na infância mede o número de óbitos de menores de 5 anos de idade, por mil nascidos vivos, em determinados espaço geográfico e período de tempo. Por sua vez, a taxa de mortalidade infantil considera apenas os óbitos

29. Disponível em: <http://twixar.me/JM3n>.
30. Disponível em: <http://twixar.me/bl1n>. Acesso em: 27 fev. 2019.
31. Disponível em: <http://twixar.me/sl1n>. Acesso em 27 fev. 2019.
32. Os dados apresentados nessa seção são oriundos do projeto de busca ativa de óbitos e nascimentos realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e foram obtidos de técnicos do MS dentro de uma discussão a respeito do aumento inesperado das taxas de mortalidade na infância e infantil capitaneada pela Casa Civil da Presidência da República.

ocorridos antes de completar o primeiro ano de vida (0 a 364 dias de vida) e pode ser desagregada para os períodos neonatal (0 a 27 dias de vida) e pós-neonatal (28 a 364 dias de vida).

Em 2016, a taxa de mortalidade na infância interrompeu uma trajetória de queda que era observada desde 1990. De acordo com estimativas da Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS), a taxa de mortalidade na infância aumentou de 15,8 óbitos por mil nascidos vivos em 2015 para 16,4 em 2016 e esse aumento perpassou todas as Grandes Regiões, com exceção da região Sul, onde continuou a cair. Comportamento semelhante ocorreu com a taxa de mortalidade infantil, que saiu de 13,3 óbitos por mil nascidos vivos em 2015 para 14 óbitos por mil nascidos vivos. A taxa de mortalidade infantil também aumentou em todas as Grandes Regiões, com exceção da região Sul.

Aumentos nesses indicadores de mortalidade podem ser explicados pelo aumento do número absoluto de óbitos de crianças e/ou pela queda no número de nascidos vivos. Dados da SVS indicam que este número caiu entre 2015 e 2016 de 3.110.319 para 2.961.763, explicando, ao menos em parte, os aumentos verificados nas taxas de mortalidade de crianças.[33] Também houve, contudo, aumento no número absoluto de óbitos no período pós-neonatal (28 a 364 dias de vida) e no período entre 1 e menos de 5 anos de vida.[34]

Os dados disponíveis não permitem falar em reversão da tendência de queda da taxa de mortalidade na infância, mas a concentração do aumento dos óbitos no período pós-neonatal (28 a 364 dias de nascido) e no período entre 1 ano e menos de 5 anos de idade sugerem que a piora das condições socioeconômicas decorrente da crise que teve início em 2014 e os cortes de recursos em programas sociais podem ter papel relevante no aumento verificado.

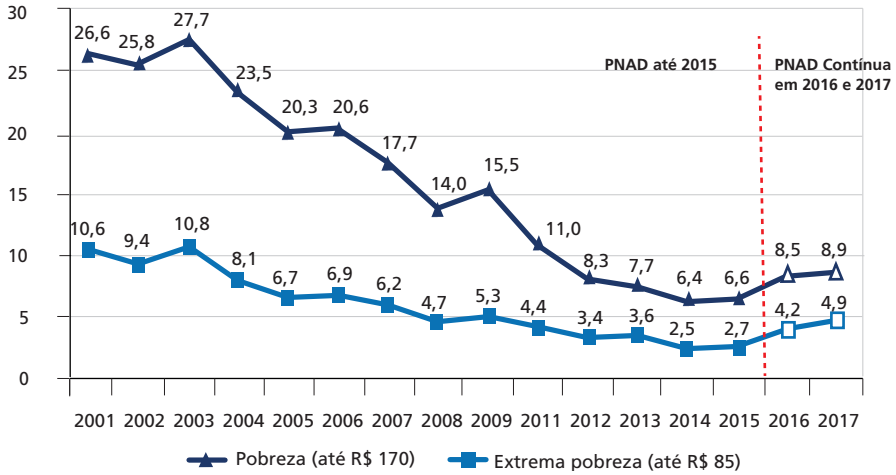
Os óbitos de crianças no intervalo entre 28 dias de nascido e 5 anos são sensíveis a fatores socioeconômicos e, após um período prolongado de queda, a população vivendo na pobreza ou na extrema pobreza voltou a subir a partir de 2015, como pode ser visto no gráfico 3.

Um dos fatores que pode explicar o aumento da pobreza extrema é o crescimento do desemprego, que, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), chegou a 13% em 2017, após retomar a trajetória de alta a partir de 2015. Também houve cortes em programas sociais que afetam diretamente as condições socioeconômicas das famílias, como o Programa Nacional de Alimentação Escolar

33. De acordo com técnicos do MS essa redução deveu-se ao aumento no período na proporção de mulheres que evitaram engravidar devido à epidemia de zika vírus.
34. Dados brutos (não corrigidos pela busca ativa) de mortalidade apontam um aumento no número absoluto de óbitos no período pós-neonatal de 11.001 em 2015 para 11.220 em 2016, e de 5.595 em 2015 para 6.212 em 2016 na faixa etária entre 1 e menos de 5 anos de vida.

(PNAE), e a redução significativa do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) (geração de renda para a agricultura familiar). Não houve corte propriamente dito no PBF no período, mas é possível que a nova metodologia de definição das famílias elegíveis para o programa esteja impedindo que algumas famílias necessitadas sejam beneficiadas. O governo alega que a fila de solicitações de cadastro no programa está zerada, mas alterações metodológicas quanto à apuração da renda das famílias podem estar as impedindo de entrar na fila.[35]

GRÁFICO 3
Evolução da taxa de pobreza e extrema pobreza
(Em %)



Fonte: PNAD/IBGE (até 2015) e PNAD Contínua/IBGE (2016 e 2017).
Elaboração: Secretaria Especial/Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional/Ministério do Desenvolvimento Social (SE/CAISAN/MDS).
Obs.: 1. Para calcular as taxas de pobreza e extrema pobreza utilizou-se a linha de pobreza definida nos decretos que regulamentam a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que criou o PBF: em 2004 e 2005, a do Decreto nº 5.209/2004; de 2006 a 2008, a do Decreto nº 5.749/2006; para 2009 a 2013, a do Decreto nº 6.917/2009; para 2014 a 2017, a do Decreto nº 8.232/2014; e de 2001 a 2004, utilizou-se a linha do Decreto nº 5.209/2004 deflacionada.
2. No 4º trimestre de 2015, o IBGE promoveu uma revisão no questionário da PNAD Contínua que alterou diversas variáveis, incluindo aquelas referentes à captação do rendimento efetivo do trabalho. Embora as informações de domiciliar venham sendo coletadas na PNAD Contínua desde o seu início, em 2012, em função das mudanças ocorridas, o IBGE está realizando estudos para avaliar a possibilidade de harmonização das séries de rendimento efetivo antes e depois da alteração do questionário. Nesse sentido, a recomendação é não fazer a comparação dos anos 2016 e 2017 com a série histórica até 2015. Mais detalhes e justificativas disponíveis em: <https://bit.ly/306cfP9>.

Além do aumento da pobreza, é possível que a assistência pública à saúde já esteja sentindo os efeitos da política de austeridade iniciada em 2014 e que teve como ápice a aprovação do NRF em 2016. Por exemplo, entre 2015 e 2017, pela primeira vez, houve queda no número de equipes de saúde da família credenciadas – caiu de 40.162 equipes para 39.872. Essa pode ser apenas uma oscilação em função de

35. Para mais detalhes, conferir o capítulo de assistência social desta edição do *Boletim de Políticas Sociais*.

questões administrativas, mas, considerando o exposto, a queda no número de equipes pode se manter nos próximos anos.

Por fim, importante lembrar que, apesar do aumento verificado nos óbitos de crianças na faixa de 1 a menos de 5 anos, a mortalidade na infância está concentrada principalmente no primeiro ano de vida e está cada vez mais concentrada no período neonatal. Isso exige que, além de políticas de redução da pobreza, saneamento etc., seja reforçada a assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério. Sendo necessários serviços cada vez mais complexos e custosos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se completar o período de trinta anos com o SUS, as preocupações superam o otimismo que se possa ter a respeito do futuro do sistema. A saúde continua sendo, juntamente com a segurança pública, a área que recebe as piores avaliações de desempenho nas pesquisas junto à população. Essa liderança incômoda, porém, não é de hoje. O diferencial, neste momento, é que não se tem nenhum indicativo de que a crônica insuficiência de recursos que sempre acompanhou o desenvolvimento do SUS será aliviada no futuro imediato. Aparentemente, pelo menos até o momento, não há nenhum sinal de espaço para o aumento da participação de recursos federais no financiamento do SUS e é improvável que estados e municípios consigam, pelo menos no curto prazo, aumentar, de forma significativa, os recursos disponibilizados para o sistema.

No campo político, como dito na introdução, é difícil qualquer prognóstico. À falta de maior homogeneidade de propósitos da bancada da saúde em relação ao SUS, acrescenta-se a ausência de maior clarividência sobre o que a nova maioria congressual ou o novo governo reserva para o sistema, além da repetição do bordão de que tudo se resolverá com melhorias na gestão. Estas, apesar de reconhecidamente necessárias, não resolverão os problemas do SUS, a não ser que sejam acompanhadas de ações sobre problemas mais estruturais do sistema, alguns listados ao longo do capítulo. Ademais, a conjuntura atual é mais complexa, e o que pode estar em jogo são problemas mais relevantes sobre o papel das políticas públicas.

Para tudo, ou quase tudo, existem evidências científicas de políticas e estratégias que podem ser mais adequadas, a depender das situações específicas, para a solução dos diferentes problemas que são enfrentados pelos sistemas públicos de saúde. Recuperando e atualizando o que foi dito na edição nº 17 deste periódico (Ipea, 2009), por ocasião dos vinte anos da CF: "o SUS é uma importante política de inclusão que, ao longo de três décadas, incorporou milhões de brasileiros ao sistema público de saúde, ampliando o elenco de ações e serviços ofertados à população" (Ipea, 2009, p. 160). Entendido dessa forma, mais do que uma revisão de princípios ou diretrizes, reconhecidamente afinados com a universalidade e a igualdade de direitos, o momento é de repensar, de forma construtiva, os desvios, os problemas, e daí retirar propostas de solução.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R. *et al*. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). **Revista Pan-Americana de Saúde Pública**, v. 42, n. 180, 2018. Disponível em: <http://twixar.me/B91n>.

ANDRADE, M. V. *et al*. Desafios do Sistema de Saúde Brasileiro. *In*: DE NEGRI, J. A.; ARAÚJO, B. C.; BACELETTE, R. **Desafios da nação**: artigos de apoio. Brasília: Ipea, 2018. v. 2.

AQUINO, A. C. B.; AZEVEDO, R. R. Restos a pagar e a perda da credibilidade orçamentária. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, p. 580-595, 2017.

BENEVIDES, R. P. S. **As transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde em 2016**. Brasília: Ipea, 2018. (Nota Técnica, n. 46).

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 28 fev. 2019.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 5, de 19 de agosto de 2016. Recomenda ao presidente da República a adoção de medidas corretivas pelos ministérios responsáveis, com o objetivo de aprimorar o desenvolvimento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito federal. Brasília: CNS, 2016a. Disponível em: <http://twixar.me/qJ1n>. Acesso em: 15 maio 2018.

_____. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2016b. Disponível em: <http://twixar.me/gz1n>. Acesso em: 22 nov. 2018.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018.

CANTERBERRY, E. R. **The rise and fall of global austerity**. London: World Scientific, 2015.

CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **SUS Legal**: CONASEMS, CONASS e ministério pactuam novo modelo de repasse de recursos do SUS. Brasília: CONASEMS, 26 jan. 2017. Disponível em: <http://twixar.me/751n>. Acesso em: 26 maio 2017.

DONIZETTE, J.; JUNQUEIRA, M. Ofício da Frente Nacional de Prefeitos (FNP) nº 1124, de 23 de agosto de 2017. Solicita alteração da Lei Orçamentária Anual da União para o exercício de 2018, de forma a viabilizar a implantação da proposta do SUS Legal. Brasília: [s.n.], 2017. 3 p.

GIOVANELLA, L. *et al*. Sistema universal de saúde ou cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1763-1777, 2018.

GONÇALVES, R. F. *et al*. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2815-2824, 2016.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde Brasil**: 2010-2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas sociais**: acompanhamento e análise, n. 17, v. 1. Brasília: Ipea, 2009.

_____. **Políticas sociais**: acompanhamento e análise, n. 20. Brasília: Ipea, 2012.

_____. **Políticas sociais**: acompanhamento e análise, n. 21. Brasília: Ipea, 2013.

_____. **Políticas sociais**: acompanhamento e análise, n. 25. Brasília: Ipea, 2018.

JACCOUD, L.; VIEIRA, F. S. **Federalismo, integralidade e autonomia no SUS**: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para Discussão, n. 2399).

KRUGMAN, P. The austerity delusion. **The Guardian**, Apr. 2015. Disponível em: <http://twixar.me/yS1n>. Acesso em: 30 nov. 2018.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**: tomo I e II. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MIRANDA, G. M. D. *et al*. A ampliação das equipes de saúde da família e o programa mais médicos nos municípios brasileiros. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 131-145, 2017.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório 30 anos de SUS**: que SUS para 2030? Brasília: OPAS, 2018.

ORAIR, R. O.; SIQUEIRA, F. F.; GOBETTI, S. W. Política fiscal e ciclo econômico: uma análise baseada em multiplicadores do gasto público. *In*: PRÊMIO TESOURO NACIONAL, 21., 2016. **Anais**... São Paulo: USP, 2016. Disponível em: <http://twixar.me/XB1n>. Acesso em: 14 nov. 2016.

OSTRY, J. D.; LOUNGANI, P.; FURCERI, D. Neoliberalism: oversold? **Finance and Development**, v. 53, n. 2, p. 38-41, 2016.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

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.; BENEVIDES, R. P. S.; VIEIRA, F. S. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde**: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para Discussão). No prelo.

RASELLA, D. *et al*. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: a nationwide microsimulation study. **PLOS Medicine**, v. 15, n. 5, 2018.

ROSSI, P.; DWECK, E.; ARANTES, F. Economia política da austeridade. *In*: ROSSI, P.; DWECK, E.; OLIVEIRA, A. L. M. de. (Org.). **Economia para poucos**: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil. São Paulo: Autonomia Literária, 2018. p. 14-31.

SÁ, E. B. de. *et al*. Capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde e seus riscos. *In*: MELLO, A. S.; MIRANDA, P. (Ed.). **Brasil em desenvolvimento 2015**: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: Ipea, 2015.

SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2303-2314, 2018.

SANTOS, L. Não temos como falar sobre gestão de saúde eficiente quando o dinheiro fraciona o sistema e a própria gestão. **Revista CONASEMS**, Brasília, n. 68, p. 31-33, jan./mar. 2017. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/05/revista_conasems_edicao68-web_F03.pdf>.

_____. SUS: 30 anos – um balanço incômodo? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2043-2050, 2018.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.

SCHRAMM, J. M. A.; PAES-SOUSA, R.; MENDES, L. V. P. **Políticas de austeridade e seus impactos na saúde**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, 2018. (Textos para Debate, n. 1).

STIGLITZ, J. **A austeridade estrangulou o Reino Unido**: apenas o Partido Trabalhista poderá relegá-la à História. Tradução de Iago da Silva Caires. [s.l.]: Cebes, jun. 2017. Disponível em: <http://cebes.org.br/2017/06/a-austeridade-estrangulou-o-reino-unido-apenas-o-partido-trabalhista-podera-relega-la-a-historia/>.

STUCKLER, D.; BASU, S. **The body economic**: why austerity kills. New York: Basic Books, 2013.

VIACAVA, F. *et al*. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços nos últimos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

VIEIRA, F. S. **Crise econômica, austeridade fiscal e saúde**: que lições podem ser aprendidas? Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica, n. 26).

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, 2016a. (Texto para Discussão, n. 2260).

_____. **Restos a pagar de despesas com ações e serviços públicos de saúde da União**: impactos para o financiamento federal do Sistema Único de Saúde e para a elaboração das contas de saúde. Brasília: Ipea, 2016b. (Texto para Discussão, n. 2225).

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S. Notas de política social: controvérsias sobre o Novo Regime Fiscal e a apuração do gasto mínimo constitucional com saúde. *In*: IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas sociais**: acompanhamento e análise, n. 25. Brasília: Ipea, 2018. Disponível em: <http://twixar.me/Zj1n>. Acesso em: 27 fev. 2019.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The financial crisis and global health**: report of a high-level consultation. Geneva: WHO, 2009.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Portaria MP nº 42, de 14 de abril de 1999. Atualiza a discriminação da despesa por funções de que tratam o inciso I do § 1º do art. 2º e § 2º do art. 8º, ambos da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, estabelece os conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade, operações especiais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1999. Disponível em: <http://twixar.me/n51n>. Acesso em: 28 fev. 2019.

_____. Portaria do Ministério da Saúde nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS. Brasília: [s.n.], 2017. Disponível em: <http://twixar.me/G51n>.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas sociais**: acompanhamento e análise, n. 24. Brasília: Ipea, 2016.

NARDI, A. C. SUS Legal. Apresentação em PowerPoint realizada no MS, Brasília, 2017.

APÊNDICE

TABELA A.1

Execução orçamentário-financeira do Ministério da Saúde (MS) em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), por modalidade de aplicação (2016 e 2017)

Exercício 2016								
	Valores (R$ milhões)						Execução	Execução
Modalidade de aplicação	Dotação inicial (a)	Autorizado (b)	Empenhado (c)	Liquidado (d)	Pago (e)	Saldo orçamentário (f) = (b) - (c)	orçamentária (g) = (c)/(b)	financeira (h) = (e)/(c)
Transferências a estados e ao Distrito Federal	18.566,54	18.568,17	17.841,03	17.084,08	17.084,08	727,14	96,08%	95,76%
Transferências a municípios	48.782,95	49.858,96	48.644,32	46.808,10	46.808,06	1.214,64	97,56%	96,23%
Transferências a municípios (reposição de RPs cancelados)	-	167,91	167,91	167,91	167,91	-	100,00%	100,00%
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	36.760,32	36.761,85	35.542,22	32.025,58	31.755,35	1.219,63	96,68%	89,35%
Aplicações diretas (reposição de RPs cancelados)	-	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	**108.984,08**	**110.404,29**	**106.718,45**	**99.203,23**	**98.931,96**	**3.685,85**	**96,66%**	**92,70%**

Exercício 2017								
	Valores (R$ milhões)						Execução	Execução
Modalidade de aplicação	Dotação inicial (a)	Autorizado (b)	Empenhado (c)	Liquidado (d)	Pago (e)	Saldo orçamentário (f) = (b) - (c)	orçamentária (g) = (c)/(b)	financeira (h) = (e)/(c)
Transferências a estados e ao Distrito Federal	20.708,39	20.228,63	19.387,24	18.043,16	18.043,16	841,40	95,84%	93,07%
Transferências a municípios	50.734,72	55.069,81	54.002,56	48.217,69	48.217,69	1.067,25	98,06%	89,29%
Transferências a municípios (reposição de RPs cancelados)	-	559,16	559,16	556,13	556,13	-	100,00%	99,46%
Transferências a instituições privadas sem fins lucrativos	1.605,53	1.829,05	1.624,20	818,01	818,01	204,85	88,80%	50,36%
Transferências a instituições multigovernamentais	14,05	12,30	10,46	1,72	1,72	1,84	85,06%	16,44%
Transferências a consórcios públicos	2,01	1,76	1,51	-	-	0,25	85,78%	0,00%
Transferências ao exterior	2.749,62	2.562,62	2.557,06	2.312,82	2.312,82	5,56	99,78%	90,45%
Aplicações diretas	39.467,37	37.611,52	37.117,58	31.673,85	31.185,31	493,94	98,69%	84,02%
Aplicações diretas (reposição de RPs cancelados)	-	-	-	-	-	-	0,00%	0,00%
Reserva de contingência	27,33	20,95	-	-	-	20,95	0,00%	0,00%
Total	**115.309,02**	**117.895,80**	**115.259,77**	**101.623,38**	**101.134,84**	**2.636,03**	**97,76%**	**87,75%**

Fonte: SIGA Brasil.
Elaboração dos autores.
Obs.: RPs – restos a pagar.

TABELA A.2
Execução orçamentário-financeira do MS em ASPS, por grupo de natureza de despesa (GND) (2016 e 2017)

Exercício 2016								
GND	Valores (R$ milhões)						Execução orçamentária (g) = (c)/(b)	Execução financeira (h) = (e)/(c)
	Dotação inicial (a)	Autorizado (b)	Empenhado (c)	Liquidado (d)	Pago (e)	Saldo orçamentário (f) = (b) - (c)		
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%**

Exercício 2017								
GND	Valores (R$ milhões)						Execução orçamentária (g) = (c)/(b)	Execução financeira (h) = (e)/(c)
	Dotação inicial (a)	Autorizado (b)	Empenhado (c)	Liquidado (d)	Pago (e)	Saldo orçamentário (f) = (b) - (c)		
1 – Pessoal e encargos sociais	11.320,94	10.143,44	10.007,15	10.001,01	10.000,80	136,29	98,66%	99,94%
3 – Outras despesas correntes	97.367,71	100.283,17	99.272,02	91.005,46	90.534,96	1.011,15	98,99%	91,20%
4 – Investimentos	6.376,84	7.469,19	5.980,60	616,91	599,07	1.488,60	80,07%	10,02%
5 – Inversões financeiras	243,53	-	-	-	-	-	0,00%	0,00%
Total	**115.309,02**	**117.895,80**	**115.259,77**	**101.623,38**	**101.134,84**	**2.636,03**	**97,76%**	**87,75%**

Fonte: SIGA Brasil.
Elaboração dos autores.

TABELA A.3
Execução orçamentário-financeira do MS com investimentos (GND 4), por ação orçamentária (2016 e 2017)

Exercício 2016						
Ações orçamentárias	Valores (R$ milhões)				Execução orçamentária (e) = (b)/(a)	Execução financeira (f) = (d)/(b)
	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%
8581 – Estruturação da rede de serviços de atenção básica de saúde	1.200,99	929,17	303,02	303,02	77,37%	32,61%
12L5 – 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 localidades	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%
12L4 – Implantação, construção e ampliação de unidades de pronto atendimento (UPAs)	89,32	11,68	11,68	11,68	13,07%	100,00%
6217 – Atenção à saúde nos serviços ambulatoriais e hospitalares do MS	75,34	63,49	31,41	31,16	84,28%	49,07%
20YP – 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 Imunobiológicos da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no Ceará	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%**

(Continua)

(Continuação)

Ações orçamentárias	Exercício 2017					
	Valores (R$ milhões)				Execução orçamentária (e) = (b)/(a)	Execução financeira (f) = (d)/(b)
	Autorizado (a)	Empenhado (b)	Liquidado (c)	Pago (d)		
8535 – Estruturação de unidades de atenção especializada em saúde	3.388,32	2.496,09	101,31	101,31	73,67%	4,06%
8581 – Estruturação da rede de serviços de atenção básica de saúde	1.501,85	1.291,88	13,19	13,19	86,02%	1,02%
8933 – Estruturação de serviços de atenção às urgências e emergências	372,37	266,28	41,18	41,18	71,51%	15,46%
7656 – Implantação, ampliação ou melhoria de ações e serviços sustentáveis de saneamento básico em comunidades rurais e tradicionais	355,28	346,47	3,37	3,37	97,52%	0,97%
8730 – Ampliação da resolutividade da saúde bucal na atenção básica	316,45	163,24	2,84	2,84	51,59%	1,74%
12L5 – Construção e ampliação de unidades básicas de saúde	240,24	240,14	99,36	99,36	99,96%	41,37%
13DW – Contrução do centro de processamento final de imunobiológicos	167,07	167,03	104,99	104,09	99,98%	62,32%
7652 – Implantação de melhorias sanitárias domiciliares para prevenção e controle de doenças	157,55	148,81	1,25	1,25	94,45%	0,84%
2E84 – Prevenção, controle e tratamento de doenças negligenciadas na atenção básica	128,00	127,99	-	-	99,99%	0,00%
6217 – Atenção à saúde nos serviços ambulatoriais e hospitalares do MS	80,73	80,18	19,06	14,56	99,32%	18,16%
20YE – Imunobiológicos e insumos para controle de doenças	80,00	80,00	36,02	35,69	100,00%	44,62%
20YJ – Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde	54,29	51,46	3,80	3,80	94,80%	7,38%
20YP – Promoção, proteção e recuperação da saúde indígena	49,50	49,48	22,61	21,93	99,97%	44,33%
20YN – Sistemas de tecnologia de informação e comunicação para a saúde (E-Saúde)	40,77	40,39	9,37	9,37	99,07%	23,20%
12L4 – Implantação, construção e ampliação de UPAs	36,00	31,79	13,86	13,86	88,30%	43,60%
2000 – Administração da unidade	35,09	33,74	9,98	9,91	96,15%	29,37%
13DU – Construção do Complexo de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde e Produção de Imunobiológicos da Fiocruz no Ceará	32,23	18,14	6,91	6,91	56,30%	38,11%
Outras	433,46	347,46	127,82	116,46	80,16%	33,52%
Total	**7.469,19**	**5.980,60**	**616,91**	**599,07**	**80,07%**	**10,02%**

Fonte: SIGA Brasil.
Elaboração dos autores.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Assessoria de Imprensa e Comunicação

EDITORIAL

Coordenação
Reginaldo da Silva Domingos

Supervisão
Carlos Henrique Santos Vianna

Revisão
Carlos Eduardo Gonçalves de Melo
Elaine Oliveira Couto
Lis Silva Hall
Mariana Silva de Lima
Marlon Magno Abreu de Carvalho
Vivian Barros Volotão Santos
Bruna Oliveira Ranquine da Rocha (estagiária)
Bárbara Coutinho Ornellas (estagiária)
Laysa Martins Barbosa Lima (estagiária)

Editoração
Aline Cristine Torres da Silva Martins
Mayana Mendes de Mattos
Vinícius Arruda de Souza (estagiário)

Capa
Danielle de Oliveira Ayres
Flaviane Dias de Sant'ana

Projeto Gráfico
Renato Rodrigues Bueno

The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.

Livraria Ipea

SBS – Quadra 1 - Bloco J - Ed. BNDES, Térreo.
70076-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 2026-5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Composto em adobe garamond pro 11/13,2 (texto)
Frutiger 67 bold condensed (títulos, gráficos e tabelas)
Rio de Janeiro-RJ

Missão do Ipea
Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DA ECONOMIA

PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL