

Título do capítulo	CAPÍTULO 5 – INSTRUMENTOS FINANCEIROS DE COORDENAÇÃO NO SUS
Autores(as)	Andrea Barreto de Paiva Roberto Gonzalez Rodrigo Benevides
DOI	http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-005-9/cap5
Título do livro	COORDENAÇÃO E RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NAS POLÍTICAS SOCIAIS BRASILEIRAS
Organizadores(as)	Luciana Jaccoud
Volume	-
Série	-
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2020
Edição	-
ISBN	978-65-5635-005-9
DOI	http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-005-9

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea 2020

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

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

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

INSTRUMENTOS FINANCEIROS DE COORDENAÇÃO NO SUS

Andrea Barreto de Paiva
Roberto Gonzalez
Rodrigo Benevides

1 INTRODUÇÃO

Quando o Sistema Único de Saúde (SUS) é apontado como exemplo de coordenação federativa, atribui-se grande importância aos *instrumentos financeiros*, entendidos aqui como um tipo específico de mecanismo de coordenação, no qual as estratégias operacionais utilizadas dizem respeito ao controle dos recursos (Alexander, 1993). Entendemos por *coordenação federativa* o processo de “equilibrar as formas de cooperação e competição existentes, levando em conta que o federalismo é intrinsecamente conflitivo” (Abrucio, 2005). No caso específico da saúde, isso significa alcançar e implementar um modelo de gestão capaz de coordenar a ação dos entes federados, para garantir a provisão de políticas e serviços públicos de forma descentralizada, mas a partir de redes organizadas regionalmente, permitindo o acesso ao atendimento em diferentes níveis de complexidade da atenção. Ao mesmo tempo, os desafios para a coordenação incluem a garantia de um padrão nacional, com implicações na redução de desigualdades ao longo do território – o que em última instância é um requisito do próprio direito universal e integral à saúde (Vazquez, 2014).

De modo geral, no âmbito da política de saúde, existem dois tipos de instrumentos financeiros de coordenação: as transferências regulares e automáticas do Ministério da Saúde (MS) para estados e municípios, mais comumente denominadas de transferências fundo a fundo ou transferências condicionadas, e a vinculação de recursos, associada a patamares mínimos de gasto por esfera de governo.

Em relação às transferências fundo a fundo, regulares e automáticas, Lima (2013) faz uma análise das especificidades do SUS e indica que os critérios que regem a distribuição dos principais mecanismos de transferência federal estão fortemente atrelados à implantação de programas prioritários, à série histórica de produção e faturamento de serviços de saúde, e ao critério populacional (transferências de valores *per capita*). A maior parte dos recursos repassados aos entes subnacionais está associada aos incentivos para que os estados e os municípios garantam sua adesão aos programas prioritários e aos repasses condicionados à capacidade instalada do município para oferta de níveis mais complexos de atenção à saúde, estes últimos baseados em série histórica.

Os incentivos constituem importantes mecanismos para a atuação coordenada entre diferentes níveis de governo e favoreceram o estabelecimento de prioridades políticas nacionais. Exemplos no caso do SUS são vários. Envolveram, no seu início, repasses vinculados à constituição de conselhos estaduais e municipais de saúde e à existência de instrumentos de planejamento e gestão – como plano de saúde, fundo de saúde e relatório de gestão. Posteriormente, um volume importante de transferências passou a ser associado à gestão dos recursos da atenção básica e ao incentivo para implantação do Programa de Saúde da Família. No caso citado, a recepção de recurso federal requeria a adesão a um determinado conjunto de compromissos e formatos de políticas, assim como o aporte de recursos próprios, pelo menos de forma implícita.¹

No que se refere às transferências financeiras para a média e alta complexidade (MAC), que respondem pelo maior montante de repasses federais para as esferas subnacionais, os recursos são partilhados entre os 26 estados e o Distrito Federal (DF), de acordo com suas capacidades de oferta de serviços de saúde, por decisão em colegiado de representantes das três esferas de governo, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). No âmbito de cada estado, os recursos são divididos entre os governos estadual e municipais, considerando o instrumento de programação pactuada e integrada (PPI), que visa incentivar e coordenar a cooperação entre os entes federados na oferta regionalizada dos serviços, com o objetivo de garantir a operação dos serviços em razão da capacidade instalada, dada sua concentração, beneficiando principalmente os maiores municípios. Contudo, também no financiamento federal à média e alta complexidade, os incentivos para expansão de certas ofertas estão presentes, como é o caso da constituição das redes de atenção – como a Rede Cegonha e a Rede de Urgência e Emergência – e da implantação das unidades de pronto atendimento (UPAs).

A vinculação de recursos também cumpre atribuição significativa como instrumento de coordenação federativa na área da saúde, na medida em que garante gastos mínimos das esferas subnacionais para a política e permite recursos estáveis para assegurar as contrapartidas destes entes ao financiamento dos programas definidos como prioritários pelo gestor federal.

Dessa forma, as transferências regulares e automáticas do SUS e a vinculação de recursos com regras de aplicação mínima constituem-se nos dois principais mecanismos financeiros de coordenação intergovernamental na área de saúde. Este capítulo, constituído de seis seções, incluindo-se esta introdução, abordará a construção normativa e a trajetória orçamentária destes instrumentos, distinguindo seu impacto entre níveis de atenção e níveis de governo. Após a introdução, na

1. No caso da descentralização de recursos da saúde, não se observam requerimentos explícitos de cofinanciamento. Na prática, porém, as transferências não são calculadas para cobrir necessariamente 100% dos custos dos serviços pactuados, implicando aporte de recursos próprios (contrapartida implícita) para cumprimento dos requisitos estabelecidos para a transferência dos recursos.

segunda seção, apresentaremos a evolução do marco legal das transferências regulares e automáticas do SUS. Na terceira seção, analisaremos a trajetória financeira destes repasses federais para a consolidação das políticas de atenção básica e de média e alta complexidade. Na quarta seção, nos voltaremos para a discussão da vinculação das receitas próprias nos três níveis de governo, em particular para seu papel complementar no arcabouço de coordenação federativa na política de saúde. Na quinta seção, abordaremos os principais resultados obtidos com essa regulação da saúde, bem como as limitações encontradas, juntamente com uma análise dos desafios que se apresentam para o cenário futuro da política. Por fim, a última seção apresenta as conclusões.

2 TRAJETÓRIA NORMATIVA DAS TRANSFERÊNCIAS REGULARES E AUTOMÁTICAS

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988), conhecida como Constituição Cidadã, inaugurou um novo sistema de saúde, rompendo com o sistema anterior, caracterizado por ser excludente, segmentado e com forte hegemonia privada na oferta e ênfase na atenção curativa (Piola *et al.*, 2009). Com a CF/1988, a saúde passa a ser compreendida como um direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações para sua promoção, proteção e recuperação, além de ter determinado o caráter de relevância pública das ações e dos serviços de saúde (art. 196). A CF/1988 declarou ainda que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, com a função de complementação do SUS (art. 199), e definiu a forma de organização, os princípios e as diretrizes, o financiamento e as competências do sistema.

Um sistema desenhado para ser universal, integral, descentralizado, regionalizado e contando com ampla participação popular para a garantia do direito à saúde demandava um expressivo esforço de coordenação intergovernamental, seja vertical, seja horizontal. Portanto, ampliar a cobertura, expandir a rede de atenção, reorganizar o modelo de atenção, garantir a integralidade do atendimento mediante a organização dos fluxos de cuidado, articular prioridades locais e nacionais, implantar políticas capazes de responder às necessidades da população, assegurar disponibilidade dos serviços necessários e desenvolver capacidades para a gestão desses serviços em todas as esferas de governo e equacionar o problema do financiamento foram, e em certa medida continuam sendo, exigências para que o sistema preconizado pela Constituição se torne realidade (Piola *et al.*, 2009).

Os esforços empreendidos para a descentralização do sistema tiveram o intuito de ampliação da oferta de serviços e universalização do acesso à saúde. Mas, se em um primeiro momento, a descentralização foi pouco capaz de enfrentar os dilemas do absenteísmo, da competição ou da sobreposição, os esforços de coordenação do governo central puderam incidir sobre a dinâmica das relações intergovernamentais

e alterar a condução das ações nacionais em saúde (Arretche, 2002). A utilização de repasses regulares e automáticos, compreendidos como instrumentos financeiros de coordenação, constituiu mecanismo imprescindível para a construção do SUS, tendo sido fundamental na reorientação do modelo de atenção.

Antes da CF/1988, quando as responsabilidades da União com a saúde estavam divididas entre os ministérios da Saúde e da Previdência Social, que eram encarregados, respectivamente, pela saúde coletiva e pela assistência médica aos trabalhadores formais e à população rural, não havia transferências de recursos, nos moldes atuais, para estados e municípios. Até àquela época, os repasses federais, pouco frequentes, eram realizados mediante convênios ou por decorrência do pagamento pelos serviços produzidos diretamente aos prestadores. A criação do SUS unificou as ações de saúde no âmbito federal, bem como definiu a descentralização como uma das diretrizes básicas do novo sistema. Segundo Piola (2016), na divisão de responsabilidades executivas estabelecida na CF/1988 entre os três entes da Federação, o município recebeu menção mais clara e explícita do seu papel, que seria “prestar, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população” (Brasil, 1988, art. 30, inciso VII). De forma mais abrangente, o art. 23 da CF/1988 diz ser de competência comum aos três entes federativos “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência” (*op. cit.*, art. 23).

O avanço da descentralização de ações e serviços públicos de saúde (ASPS) perpassou por leis que regulamentaram a CF/1988. A Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, estabeleceu que haveria descentralização de recursos para os estados e municípios, mas, por conta de veto presidencial ao § 5º do seu art. 35, que dispensava a celebração de convênios ou outros instrumentos jurídicos para a transferência de recursos, foi omissa quanto ao modo por meio do qual se daria essa transferência. Posteriormente, a Lei nº 8.142/1990 estabeleceu que as transferências destinadas à cobertura de ações e serviços públicos de saúde deveriam ser regulares e automáticas (Ugá *et al.*, 2003). Entretanto, apesar de representarem avanços conceituais importantes no sentido de institucionalizar o processo de descentralização, esses dispositivos legais não foram implementados porque não explicitaram os montantes a serem transferidos, nem traduziram operacionalmente a composição dos critérios para as transferências federais.²

2. O art. 35 da Lei nº 8.080/1990 determinou que 50% dos recursos seriam transferidos igualmente em termos *per capita*, e o restante seria distribuído por meio de uma combinação de sete critérios, mas este dispositivo não era autoaplicável, necessitando de uma metodologia para aplicação dos critérios definidos. A Lei nº 8.142/1990 suspendeu temporariamente os critérios do art. 35 até que fossem regulamentados, mantendo somente o do §1º, que previa a distribuição de metade dos recursos federais pelo critério populacional. Em 2011, a Lei Complementar (LC) nº 141 inovou ao introduzir como critérios para a metodologia de rateio as necessidades de saúde e a redução das disparidades regionais, mas não foi definida uma proposta clara e exequível; pelo contrário, a LC nº 141/2011 trouxe seis critérios de rateio e preservou os oito do art. 35 da Lei nº 8.080/1990, mantendo o excesso de critérios – quatro deles repetidos – e reproduzindo a ambiguidade do art. 35 da Lei nº 8.080/1990 (Piola, 2017). Ao avaliar a aplicabilidade da LC nº 141/2012, Piola (2017) considera-a complexa, além das dificuldades relativas aos aspectos políticos e operacionais. O congelamento dos gastos federais e do piso da saúde a partir de 2018 (Emenda Constitucional – EC nº 95/2016) é um agravante para essas dificuldades, uma vez que uma mudança na metodologia de rateio necessariamente implicaria retirada de recursos de alguns entes federados para transferir para outros.

Dessa forma, foram as normas operacionais – a Norma Operacional Básica (NOB) e Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) – que efetivamente coordenaram a descentralização. Enquanto instrumentos normatizadores e indutores elaborados pelo Poder Executivo federal – a partir de discussão e aprovação na Comissão Intergestores Tripartite –, as NOBs e Noas foram editadas na forma de portarias ou resoluções ministeriais, concretizando a implantação do SUS a partir de estratégias comuns aos três níveis de governo.

As primeiras NOBs, publicadas em 1991 e 1992, ainda antes da extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), inauguraram a prática de associar o repasse de recursos e a transferência de poderes sobre unidades assistenciais a requisitos relacionados à estruturação institucional das secretarias estaduais e municipais de saúde. Ou seja, a descentralização da gestão e a transferência de recursos aos estados e municípios eram condicionadas ao aferimento da existência de planos, fundos e conselhos de saúde, entre outros requisitos estabelecidos pela Lei nº 8.142/1990 (Piola *et al.*, 2009).³

Com a edição da NOB 1/1993, a descentralização de ações e serviços de saúde ganhou contornos mais relevantes. Esta norma regulamentou o processo de descentralização da gestão das ações e dos serviços no âmbito do SUS e estabeleceu os mecanismos de financiamento, que, naquele momento, ainda se restringiam à assistência hospitalar e ambulatorial. Na visão de Piola (2016), a NOB 1/1993 se constitui no primeiro passo para o estabelecimento de transferências de recursos federais no âmbito do SUS, sendo fundamental para quebrar a inércia observada até então. De acordo com Scatena e Tanaka (2001), esta NOB representou um marco definidor no processo de consolidação do SUS, tanto por romper, ainda que de modo parcial, com a lógica do Inamps (remuneração por procedimento), como por assentar os elementos e os princípios da descentralização. Neste sentido, esta NOB estabeleceu diferentes níveis de autonomia de gestão para as esferas estaduais (*parcial e semiplena*) e municipais (*incipiente, parcial e semiplena*), de forma a contemplar os diferentes estágios dos entes subnacionais com relação à descentralização. Na gestão semiplena, forma mais avançada de habilitação do SUS, os municípios assumiam o controle da gestão do sistema de saúde, incluindo definição de políticas, execução, acompanhamento, controle e avaliação no âmbito de seus territórios (Scatena e Tanaka, 2001). E é neste nível de autonomia de gestão que são adotadas as *transferências regulares e automáticas* do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos municipais de saúde, ainda que restritas ao custeio de serviços de assistência ambulatorial e hospitalar. Para Mendes (2001), a NOB 1/1993 pode ser considerada um ponto de inflexão na lógica do financiamento da saúde, por adotar estas formas de repasse.

3. As duas primeiras normas operacionais representaram, entretanto, um recuo em relação a programas implantados ainda antes da CF/1988, como o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (Suds), ao instituir o pagamento por serviços produzidos, transformando, assim, os prestadores públicos em vendedores de serviços para o Inamps (Pestana e Mendes, 2004).

A NOB 1/1993 apontava para um horizonte de repasse global (*block grant*) e automático de recursos, sem vinculá-los à implantação de determinados programas nos municípios: os gastos com ações e serviços de saúde ficavam à mercê das definições locais da política de saúde. Este tipo de transferência global beneficiaria apenas aqueles municípios cuja capacidade instalada de serviços de saúde e gestão fosse considerada abrangente e classificada como *gestão semiplena*. Barros (2001) lembra que as dificuldades legais para a implantação do repasse global e automático provocaram o adiamento da concretização da gestão semiplena para mais de um ano após a edição da NOB. As condições para a transferência de recursos fundo a fundo só foram regulamentadas pelo Decreto nº 1.232 da Presidência da República (PR), de 30 de agosto de 1994, no governo Itamar Franco.

Apesar da importância da NOB 1/1993 como marco no processo de descentralização, à medida que foram introduzidos estímulos para que estados e municípios adquirissem, paulatinamente, autonomia na gestão de sua rede assistencial, no início de 1997, apenas 137 municípios, dos mais de 5 mil, e somente cinco estados cumpriam os pré-requisitos e se habilitaram na condição de gestão semiplena, a categoria de maior autonomia de gestão. Um dos fatores que ajudam a explicar esse impedimento para habilitação à gestão semiplena por parte de estados e municípios foram as dificuldades financeiras que o MS enfrentava àquela época, o que possivelmente desencorajou os entes subnacionais a participarem deste processo de habilitação na condição de gestão mais exigente em termos de requisitos e responsabilidades (Piola *et al.*, 2009). Cabe lembrar que os repasses regulares e automáticos inaugurados com a NOB 1/1993 e associados à habilitação à gestão semiplena dos municípios correspondiam aos recursos antes destinados ao pagamento da assistência médica e hospitalar aos prestadores do antigo Inamps, que viraram, posteriormente, os componentes do bloco financeiro de MAC. Ou seja, eles estavam relacionados à capacidade instalada do município em ofertar serviços de saúde e seus valores eram baseados em série histórica.

A NOB 1/1996 inaugura o repasse regular e automático condicionado à adesão às políticas priorizadas pelo governo federal, além do repasse com base *per capita*. Segundo Vazquez (2014), “a partir dessa nova regulamentação, concluída apenas 1998, os repasses para a atenção básica passaram a ser efetuados *ex-ante*, condicionados à oferta *ex-post* de ações de saúde por parte dos municípios”. Desta forma, a NOB 1/1996 criou condições tanto para aumentar de forma significativa o alcance da descentralização de recursos para os municípios, como para avançar na coordenação financeira, favorecida à medida em que o governo ampliou o volume de repasses e os direcionou, sob adesão e aceite de condições de gestão, a programas prioritários. Em vez de repasses globais e destinados à manutenção da assistência hospitalar e ambulatorial, como previsto na NOB 1/1993, os repasses passaram a ser atrelados a programas priorizados pelo MS.

Com a implementação desse novo mecanismo, segundo Vazquez (2014): *i*) reduziu-se a incerteza dos entes subnacionais frente ao recebimento de recursos, contribuindo para o aumento de adesão dos municípios às políticas prioritárias; *ii*) os repasses para a atenção básica passaram a ser efetuados *ex ante*, condicionados à oferta *ex post* de ações de saúde por parte dos municípios; e *iii*) os governos municipais puderam contar com uma fonte adicional de recursos, que estaria disponível apenas se os governantes optassem por assumir a oferta de programas selecionados e nos moldes definidos pelo governo federal.

Segundo Ugá *et al.* (2003, p. 421), além de ampliar a descentralização, ao elevar o número de municípios habilitados e expandir o mecanismo de repasse *fundo a fundo*, a NOB 1/1996 estabeleceu as bases para que essas transferências, até então limitadas à assistência ambulatorial e hospitalar, alcançassem as ações de vigilâncias sanitária e epidemiológica e controle de doenças, além da recém-criada área de atenção básica.

Essa NOB também buscou disciplinar o processo de organização do cuidado à saúde, induzindo a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio da priorização da atenção básica. Ugá *et al.* (2003, p. 421) afirmam que a principal estratégia utilizada no âmbito da formulação da NOB 1/1996 para a indução do novo modelo se relacionava à estrutura de financiamento adotada para o custeio das ações e dos serviços de atenção básica sob gestão municipal,⁴ com a criação do Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo, que se constitui de um valor fixo *per capita*, cujo valor mínimo foi inicialmente fixado em R\$ 10,00 por habitante/ano,⁵ destinado às ações de atenção primária, e o PAB Variável, constituído por transferências condicionadas à adesão a programas específicos, como o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A NOB 1/1996 foi fundamental para consagrar o mecanismo de repasse fundo a fundo, em substituição aos convênios, a forma mais usual de transferência de recursos até meados da década de 1990. Já em 1998, o número de municípios cobertos pelo PAB chegou a 5.136; em 2000, esse programa atingiu 5.391, 98% dos municípios do país. A partir desse momento, as NOBs passaram a representar um elemento crucial do mecanismo de indução da política de saúde, promovendo a descentralização pela via da municipalização. O governo federal lançou mão de instrumentos normativos de coordenação que consagraram uma nova forma de fazer política com a efetiva operacionalização dos repasses regulares e automáticos.

4. Segundo Piola *et al.* (2013, p. 27), uma das formas de se constatar a política de indução do governo federal se dá pelo aumento da participação das transferências do SUS para atenção básica em relação ao total de recursos alocados pelo MS em ações e serviços públicos de saúde, que passou de 9,7% em 1995 para mais de 15% em 2010.

5. O PAB Fixo foi criado por meio da Portaria nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997, e implantado a partir de 1998. O valor transferido para cada município foi calculado com base na série histórica de procedimentos selecionados pagos aos prestadores em cada município em 1996, e foi estabelecido um valor mínimo de R\$ 10,00 e um máximo de R\$ 18,00.

O aumento do acesso da população à atenção básica, proporcionado pela descentralização de recursos para os municípios, trouxe, entretanto, alguns problemas relacionados ao acesso a serviços de saúde de MAC: se, por um lado, municípios com capacidade instalada para prestar serviços de saúde – geralmente, os de maior porte – começaram a restringir o acesso a serviços de saúde de moradores de municípios vizinhos, com menor ou nenhuma capacidade de atendimento, por outro, muitos municípios assumiam comportamentos oportunistas, encaminhando seus munícipes para atendimento em outras localidades. Além disso, o incentivo à expansão dos serviços de saúde municipais sem articulação regional teria levado a uma fragmentação dos serviços de saúde e, como consequência, produziu desconomias de escala e escopo, com baixa qualidade dos serviços ofertados.

Os incentivos introduzidos pela NOB 1/1996 foram essenciais para a expansão do acesso à atenção básica, mas não foram suficientes para garantir a integralidade da atenção à saúde de média e alta complexidade. Nesse contexto, são criados os mecanismos para a regionalização por meio da Noas, publicada em 2001 e republicada no ano seguinte, para tentar dar respostas a questões relacionadas ao acesso a serviços de assistência médica e a organização e regionalização da rede de serviços, buscando ampliar as responsabilidades dos municípios na atenção básica e estabelecendo o processo de regionalização, como estratégia de hierarquização dos serviços e de busca de maior equidade no acesso (Piola *et al.*, 2009).

Apesar de alguns avanços no que se refere à regionalização do SUS, como a introdução do conceito de região de saúde, agrupando os municípios em macro e microrregiões e em módulos assistenciais, mediante a elaboração do plano diretor de regionalização (PDR) e do plano diretor de investimentos (PDI), bem como com a implementação da programação pactuada e integrada, criada pela NOB-SUS 1/1996, muitas das determinações da Noas não foram implantadas, surgindo a necessidade de aprimoramento do processo de pactuação intergestores para melhor definir as responsabilidades sanitárias e de gestão no âmbito do SUS.⁶

Nesse contexto, toma forma um novo modelo de pactuação, o Pacto pela Saúde (Portaria nº 399/2006), que parte de um diagnóstico de que o modelo de mudanças pela via das reformas incrementais estava esgotado, dificultando a formação das regiões de saúde.⁷ Este esgotamento teria origem nas dificuldades de imposição de normas gerais em um país tão grande e desigual e no excesso de conteúdos normativos de caráter técnico-processual, além da enorme quantidade de incentivos financeiros, fragmentando ainda mais os repasses. O pleito era de que o novo modelo de pactuação respeitasse as diferenças regionais e realizasse o controle e a avaliação com base em resultados.

6. Os instrumentos de coordenação intergovernamental adotados no SUS com o Pacto pela Saúde para operacionalização da regionalização e racionalização da gestão são tratados nesta publicação por Jaccoud e Meneses (capítulo 7).

7. Ver nota de rodapé anterior.

O Pacto pela Saúde foi composto por três pactos: o pacto pela vida, o pacto em defesa do SUS e o pacto de gestão do SUS. Este último é o que interessa neste capítulo, pois trata do instrumento financeiro de coordenação do SUS – ou seja, os repasses regulares e automáticos. O Pacto pela Saúde introduziu algumas mudanças na gestão do SUS, entre as quais se destacam: a substituição do processo de habilitação às condições de gestão pela adesão solidária aos termos de compromisso de gestão (TCGs); a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização, fortalecendo instrumentos como o PDR e a PPI e criando os colegiados de gestão regional (CGRs);⁸ e o agrupamento dos vários tipos de repasse dos recursos federais em cinco⁹ grandes grupos, denominados de *blocos de financiamento*, que tinham como objetivo reduzir a fragmentação dos repasses.

Com a Portaria GM nº 204/2007 e outras regulamentações posteriores, as formas de repasse foram agrupadas em seis blocos de financiamento.¹⁰ A simplificação em relação ao número de repasses gerou um ganho em termos de gestão orçamentária, tendo em vista o menor número de contas bancárias para prestação de contas. Entretanto, isso não aconteceu com a quantidade de linhas de repasse existentes.¹¹ Por dentro da operação, continuaram existindo as tais “caixinhas” que regulam a destinação do repasse efetivado nos blocos. A progressiva definição, por meio de portarias, de recursos específicos para várias áreas e ações aumentou ainda mais a fragmentação do financiamento.

Cabe ressaltar que a proliferação de incentivos não ocorreu de forma imprevista pelo MS (Piola, 2016). A Portaria nº 204/2007 estabeleceu nos arts. 11 e 14, que tratam respectivamente dos incentivos do PAB Variável e do limite financeiro da média e alta complexidade, que outros incentivos poderiam ser criados por meio de ato normativo, além daqueles já previstos (inciso VIII). Ou seja, ficou prevista a possibilidade de criação de diversos incentivos nesses componentes, e foi exatamente o que ocorreu. Segundo Piola (2017), a existência desta enorme quantidade de linhas de repasse responde à ausência de implementação dos critérios de rateio previstos pelas Leis nºs 8.080/1990 e 141/2012.

Em 2011, a regulamentação da Lei nº 8.080/1990, por meio do Decreto nº 7.508, foi mais uma tentativa de organizar a regionalização da atenção à saúde do SUS, introduzindo o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap) como a figura jurídica pensada para dar concretude aos compromissos de cada

8. Os CGRs mudaram posteriormente sua denominação para comissões intergestores regionais (CIRs).

9. Atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e de gestão do SUS. No ano seguinte, foi criado o bloco de investimentos.

10. Antes de 2006, existia mais de uma centena de mecanismos de repasse, definidos por diversas portarias, que praticamente se traduziam na administração de uma grande quantidade de contas para recebimento dos repasses.

11. Em cada componente dos blocos, estão atrelados os programas ou incentivos que constituem os mecanismos de repasse; alguns anteriores à criação dos blocos e outros mais recentes, apelidados pejorativamente de “caixinhas” do MS. Em 2016, esse ministério transferiu recursos para municípios por meio de 122 diferentes formas de repasse/incentivos, nos seis blocos de financiamento, sendo que os municípios que receberam o maior número foram São Paulo e Belo Horizonte, com 75 tipos de repasse cada (Benevides, 2018).

ente federado frente a objetivos comuns, discutidos e consensuados em cada região de saúde, respeitando a diversidade federativa e garantindo a segurança jurídica necessária a todos. Entretanto, este instrumento teve alcance bastante limitado, com adesão de apenas dois estados (Ceará e Mato Grosso do Sul), apesar de ter contribuído para a

renovação das agendas estaduais de regionalização que resultou, minimamente, na reconfiguração das regiões de saúde, na implementação de novos espaços de governança nas regiões de saúde e no aperfeiçoamento das rotinas de planejamento regional integrado (Ouverney, Ribeiro e Moreira, 2017).

Segundo os autores, a implantação do Coap esbarrou nas dificuldades dos gestores municipais em se comprometer com metas concretas, que demandariam maior aporte de recursos financeiros e que, explicitadas em contratos, poderiam ser objeto de cobrança judicial.

Em que pesem os avanços do SUS em garantir simultaneamente a descentralização da assistência à saúde, especialmente em direção aos municípios, e o estabelecimento de prioridades nacionais, observa-se a persistência de questões não resolvidas e que sempre reaparecem nas discussões acerca do financiamento federativo do sistema. Destaca-se a dificuldade em garantir equidade na provisão de serviços de saúde em um contexto de ampla desigualdade entre os entes federados quanto às suas necessidades de saúde e capacidades fiscais. Uma segunda questão é que conforme se avança dos níveis básicos de atenção para os mais complexos, maior é a necessidade de cooperação para organização da oferta de serviços de forma regionalizada, dada a concentração territorial da capacidade instalada, e de coordenação das ações para fomentar a cooperação e evitar a concorrência e as disputas entre os entes federados e os comportamentos oportunistas de seus gestores. Em vez de os instrumentos financeiros incentivarem a execução de ações de forma isolada por cada um dos entes federados, requer-se que estes partilhem recursos e estabeleçam acordos para a oferta regionalizada de serviços. Veremos a seguir como os repasses financeiros federais direcionados para a atenção básica e a média e alta complexidade procuraram lidar com essas questões.

3 TRAJETÓRIA FINANCEIRA DAS TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS PARA ATENÇÃO BÁSICA E MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

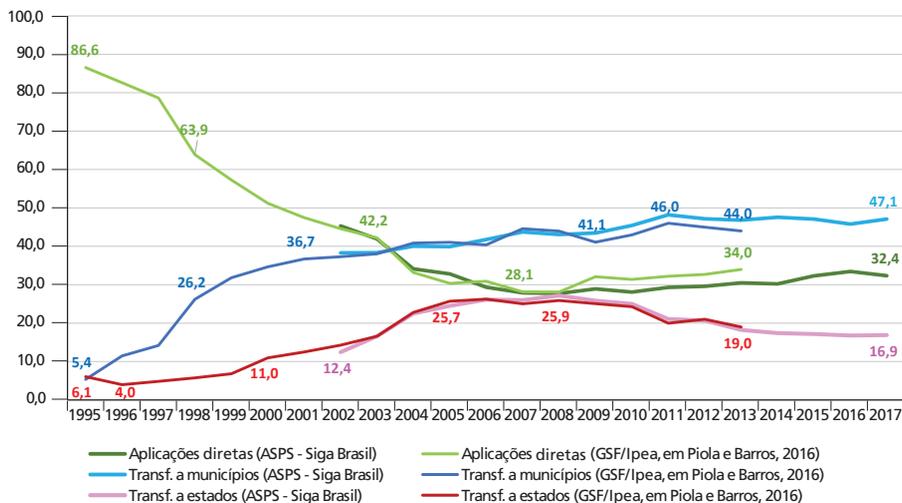
A trajetória dos gastos federais com saúde demonstra como a descentralização fiscal de recursos da União para estados e municípios, realizada, principalmente, por meio das transferências fundo a fundo, ganha progressiva relevância. O estabelecimento das transferências regulares e automáticas afirmou-se como importante instrumento financeiro de coordenação do SUS e, operacionalizado por meio das

normas operacionais, mudou a composição do gasto federal (gráfico 1). Entre 1995 e 2017, o gasto direto do MS caiu de um patamar de mais de 86% do gasto federal com saúde para 32%. Em movimento contrário, o gasto com transferências para os governos estaduais saiu de um patamar de 6% do total do gasto federal, chegou a quase 26%, em 2008, e recuou para 17%, em 2017, principalmente devido à centralização das compras de alguns medicamentos. Já as transferências para municípios partem de um patamar de pouco mais de 5%, em 1995, e ultrapassam o gasto direto do MS, chegando a 47% do gasto do Ministério da Saúde em 2017, confirmando o forte processo de municipalização do gasto com saúde.

GRÁFICO 1

Despesa federal com saúde – aplicações diretas e transferências para estados e municípios (1995-2017)

(Em % do total)



Fontes: Piola e Barros (2016) e Siga Brasil.
Elaboração dos autores.

A análise da trajetória dos repasses de recursos federais para estados e municípios por bloco de financiamento (gráfico 2),¹² além de apontar o crescimento real do volume de repasses federais, que passou de R\$ 23,0 bilhões, em 2000, para R\$ 70,5 bilhões, em 2017, em valores corrigidos para 2018,¹³ revela que os recursos referentes à atenção básica e aos procedimentos de média e alta complexidade

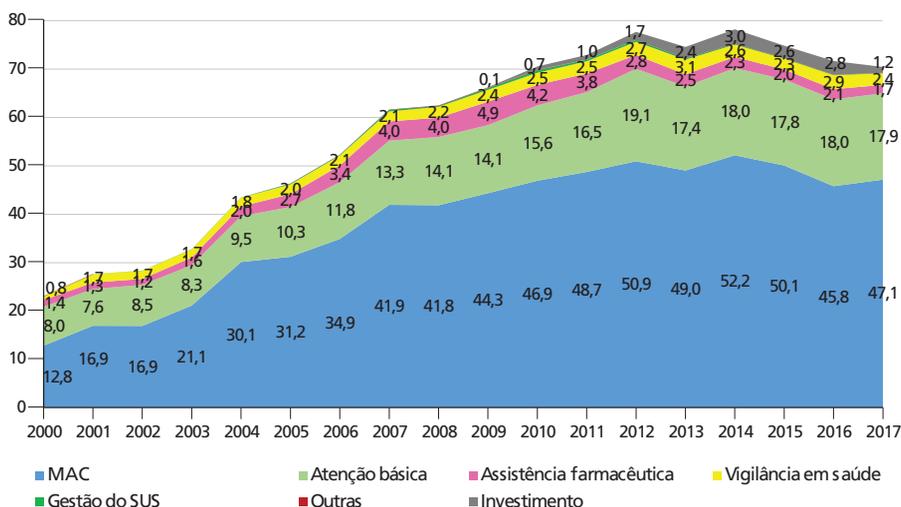
12. Apesar de os blocos de financiamento terem sido criados apenas em 2006, por meio da Portaria nº 698, os mecanismos de repasses disponíveis antes desse ano também estão agrupados desta mesma forma no site do FNS/MS, possibilitando a análise da série histórica.

13. Os valores das transferências federais do FNS/MS para estados e municípios de 2000 a 2017 foram corrigidos para reais de 2018 pela variação anual média do IPCA. A metodologia de cálculo dos fatores para atualização dos valores está descrita em Piola, Benevides e Vieira (2018).

corresponderam, em conjunto, à maior parte dos valores transferidos durante todo o período, em torno de 90% das transferências. Entre 2000 e 2017, os recursos repassados para a MAC e para a atenção básica representaram, em média, 66% e 24% do total de repasses, respectivamente. Focaremos nossa análise, portanto, nestes dois blocos de financiamento.

GRÁFICO 2

Evolução das transferências do FNS¹ por bloco de financiamento² (2000-2017)
(Em R\$ bilhões de 2018)



Fonte: FNS/MS.

Nota: ¹ Todas as informações sobre as transferências fundo a fundo utilizadas neste capítulo foram extraídas do site do FNS/MS, disponível em: <<https://is.gd/5csmOZ>>.

Obs.: Valores atualizados para 2018 pela variação anual média do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

3.1 As transferências para a atenção básica

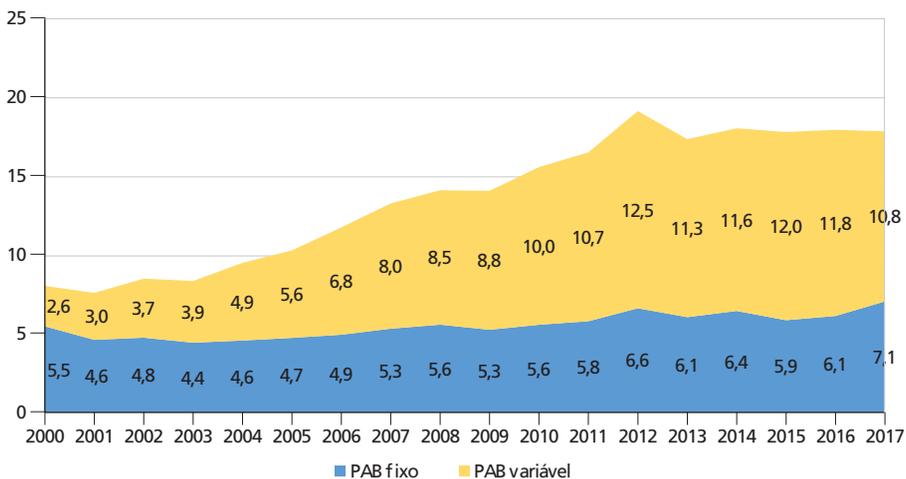
O financiamento da atenção básica, constituído por repasses federais para os governos municipais, tem dois componentes, o PAB Fixo e o PAB Variável. O primeiro corresponde a um valor *per capita* repassado mensalmente¹⁴ aos fundos municipais de saúde de forma regular e automática e que financia as ações de saúde no nível da atenção primária, tais como: a manutenção das unidades básicas de saúde (UBS); e as consultas e os procedimentos médicos básicos em especialidades como odontologia, obstetrícia, pediatria, vacinação e ações básicas de vigilância

14. A partir da Portaria MS nº 1.602, de 9 de julho de 2011, esse valor passou a ser diferenciado. Os municípios foram divididos em quatro grupos, de acordo com seu porte e critérios que consideram as seguintes variáveis: produto interno bruto (PIB) *per capita*; percentual da população com plano de saúde; percentual da população que recebe Bolsa Família; percentual da população em extrema pobreza; e densidade demográfica. O valor varia de R\$ 23,00 a R\$ 28,00 por habitante/ano, conforme o grupo.

sanitária (coleta de amostras, atividades educativas e inspeções sanitárias), entre outros.¹⁵ Esses recursos não estão vinculados a nenhum programa específico, sendo exigido apenas que sejam aplicados na atenção básica, bem como sejam observados os requisitos mais gerais do SUS – como o pagamento a prestadores de serviços e a alimentação dos bancos de dados nacionais. Já as linhas de repasse do PAB Variável constituem incentivos à adesão às principais estratégias da Política Nacional de Saúde no nível da atenção básica, definidas pelo governo central e pactuadas na CIT, e correspondem aos repasses referentes à Estratégia Saúde da Família (ESF), aos agentes comunitários de saúde, à saúde bucal, ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), entre outros.

Os recursos federais destinados ao financiamento da atenção básica registraram aumento real de 122% entre 2000 e 2017, com evoluções distintas em seus dois componentes (gráfico 3). O montante de recursos destinados ao PAB Fixo registrou crescimento real de 29% no período, passando de R\$ 5,5 bilhões, em 2000, para pouco mais de R\$ 7 bilhões, em 2017, em valores corrigidos para 2018, pouco acima do crescimento da população (19,7%). Os repasses referentes ao PAB Variável, por sua vez, quadruplicaram seu valor real, passando de R\$ 2,6 bilhões, em 2000, para R\$ 10,8 bilhões, em 2017. Os novos recursos incorporados aos repasses da atenção básica financiaram prioritariamente as políticas estratégicas incentivadas pelo MS.

GRÁFICO 3
Evolução das transferências para a atenção básica por componente (2000-2017)
(Em R\$ bilhões de 2018)



Fonte: FNS/MS.

Obs.: Valores atualizados para 2018 pela variação anual média do IPCA.

15. Para mais informações, ver CNM (2014).

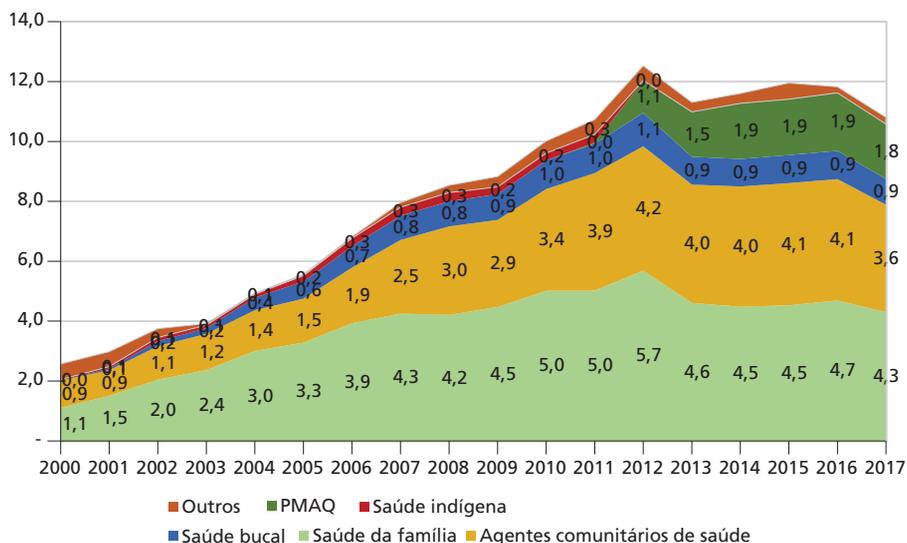
A participação dos recursos do PAB Variável aumentou de 32% do total de transferências para a atenção básica, em 2000, para 61%, em 2017, enquanto o PAB Fixo reduziu sua participação de 68% para 39%.

Uma análise mais detalhada da política de incentivos da atenção básica (gráfico 4) revela um crescimento expressivo do montante destinado à indução da política de saúde da família, juntamente com o financiamento dos agentes comunitários de saúde, que responderam, em média, por 81% dos incentivos federais para a atenção básica (PAB Variável), entre 2000 e 2017. A Estratégia Saúde da Família tem como objetivo ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde de pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade, consistindo na implantação de uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.¹⁶ Estes últimos têm uma linha de repasse exclusiva para seu financiamento.

GRÁFICO 4

Evolução das transferências do PAB Variável (2000-2017)

(Em R\$ bilhões de 2018)



Fonte: FNS/MS.

Elaboração dos autores.

Obs.: ¹ Valores atualizados para 2018 pela variação anual média do IPCA.

² O item referente ao Saúde da Família abrange os repasses ao custeio das equipes de Saúde da Família e aos núcleos de apoio ao Saúde da Família (Nasf), bem como seus incentivos de implantação; os repasses ao Projeto de Expansão do Saúde da Família (Proesf) e a unidades fluviais de Saúde da Família; e os incentivos adicionais, temporários, ou com qualquer outra nomenclatura com referência ao programa.

16. Juntamente com essa equipe, a estratégia atual também inclui uma equipe de saúde bucal, composta por cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

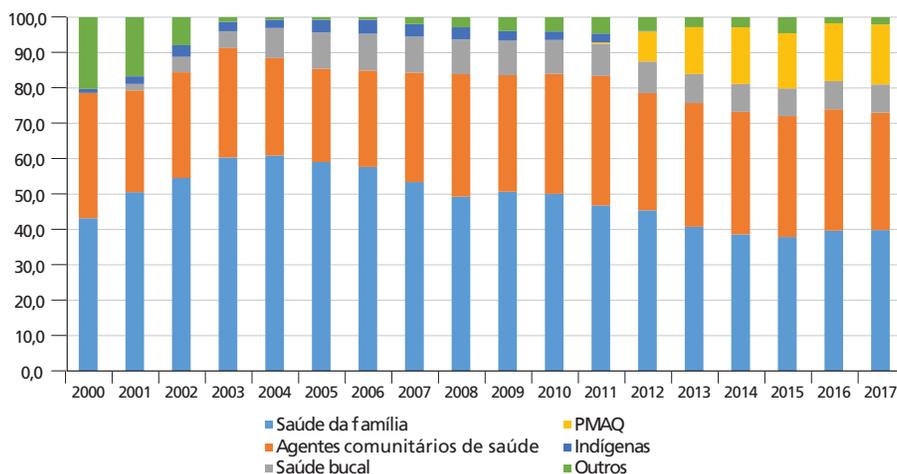
A importância dos incentivos para a indução da Estratégia Saúde da Família é expressa no crescimento registrado nos valores transferidos, que passaram de R\$ 1,1 bilhão, em 2000, para R\$ 4,3 bilhões, em 2017, em valores corrigidos, sendo que, no período 2000-2012, esse volume chegou a quase quintuplicar. A trajetória de financiamento dos ACS apresentou o mesmo comportamento, passando de R\$ 911 milhões, em 2000, para R\$ 3,6 bilhões, em 2017.

A participação desses repasses no total de incentivos do PAB Variável demonstra o grau de importância atribuído a estes mecanismos de indução de modelo de atenção. A evolução das principais linhas de incentivos do PAB Variável entre 2000 e 2017 pode ser acompanhada no gráfico 5. A participação dos repasses para financiar os ACS apresentou certa estabilidade: média de 32%. No início da década de 2000, o Programa Saúde da Família chegou a representar 60% destes recursos. Apesar de sua participação cair nos anos seguintes, ainda assim representa recursos expressivos do total dos incentivos. Os movimentos de queda da participação do PSF coincidem com o incremento do financiamento da saúde bucal e da criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, em 2011, que visa “garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde”.¹⁷ O PMAQ-AB introduziu uma inovação ao condicionar pelo menos parte do repasse de recursos a medidas de desempenho, e não apenas à adesão a formatos de prestação de serviços.

GRÁFICO 5

Evolução da participação das linhas de incentivos do PAB Variável (2000-2017)

(Em % do total)



Fonte: FNS/MS.

Elaboração dos autores.

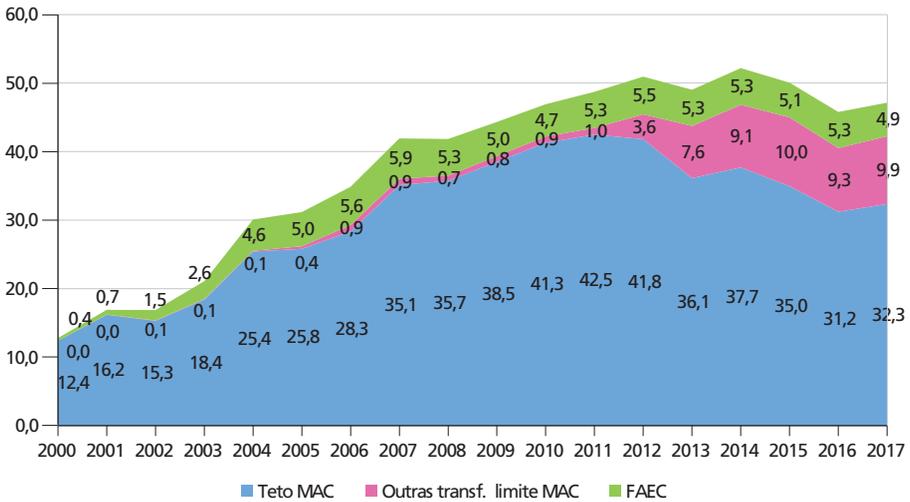
17. Conforme *site* do Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS, publicado no *link* <http://twixar.me/1m5n> (acesso em: 16 out. 2018) e replicado pelo Conselho Regional de Enfermagem do Mato Grosso do Sul (Coren-MS) no *link* <http://bit.ly/36VrTjR> (acesso em: 17 dez. 2019).

Essa forma de construção da política de atenção básica, lançando mão da política de incentivos, permitiu a reorientação do modelo assistencial no Brasil, que migrou de um modelo considerado *hospitalocêntrico* para uma abordagem mais integral de atenção à saúde, organizada em torno da atenção primária. Souza *et al.* (2018) afirmam que, na última década, a expansão da ESF priorizou áreas vulneráveis e atingiu uma cobertura de 53,4% da população em 2013, dado confirmado pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) desse ano. Os autores afirmam ainda que a expansão da ESF foi estruturante para a construção do SUS. Estudo de Malta *et al.* (2016) aponta que, além do crescimento da cobertura da ESF nos últimos cinco anos, sendo maior na área rural, a priorização de famílias em situações de risco indica, na estratégia, outra importante dimensão, que é a redução das desigualdades. Pode-se dizer que é um caso bem-sucedido de indução de política, uma vez que possibilitou o aumento do acesso da população às ações e aos serviços de saúde e a redução da desigualdade no acesso.

3.2 As transferências para a assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade

O bloco financeiro da média e alta complexidade, que concentra cerca de dois terços do volume total de transferências para estados e municípios, é formado por dois componentes: *i*) limite financeiro da MAC; e *ii*) Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec). O primeiro correspondeu, em média, a 89% dos recursos repassados para a MAC no período 2000-2017. O limite financeiro da média e alta complexidade é composto pelo teto financeiro de MAC (teto MAC) e por outros incentivos de custeio – criados principalmente a partir de 2012 e detalhados mais à frente –, e é transferido de forma regular e automática aos fundos de saúde dos estados, do DF e dos municípios. Os recursos do Faec, por sua vez, financiam procedimentos e políticas considerados estratégicos ou de alto custo, bem como novos procedimentos a serem incorporados à tabela do SUS e que ainda não possuem série histórica de pagamentos. Estes recursos não são transferidos de forma regular e automática, mas após a apuração da produção dos estabelecimentos de saúde registrada pelos respectivos gestores no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do SUS. Este componente representa em torno de 10% dos recursos do bloco financeiro de MAC e tem como principais procedimentos, em termos de impacto financeiro, a terapia renal substitutiva e os transplantes, que juntos consumiram 50% dos recursos do Faec em 2017.

GRÁFICO 6
Transferências federais do SUS para média e alta complexidade (2000-2017)
(Em R\$ bilhões de 2018)



Fonte: FNS/MS.

Elaboração dos autores.

Obs.: Valores atualizados para 2018 pela variação anual média do IPCA.

A trajetória das transferências federais do SUS para média e alta complexidade estão expressas no gráfico 6. Observa-se que até 2011 o limite financeiro de MAC era constituído majoritariamente pelo seu teto financeiro (em 2007, 97,4% do limite de MAC), além de, residualmente, outras políticas, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e os centros de especialidades odontológicas (CEOs). A partir de 2012, foram implantadas oito redes temáticas de atenção à saúde (tabela 3) com recursos alocados no limite de MAC (gráfico 6), que promoveram o deslocamento de parte dos recursos dos tetos de MAC para efetivá-las.

Grosso modo, o teto financeiro de MAC corresponde ao repasse destinado à manutenção da oferta dos serviços de média e alta complexidade, enquanto os repasses das redes temáticas de atenção dialogariam com o conceito de indução de política através de incentivos financeiros. Em comum, os dois tipos de repasse, além do seu mecanismo regular e automático, expressam um papel importante da coordenação federativa: a tentativa de superar um dos grandes impasses do SUS, que é a garantia da integralidade dos serviços, por meio de instrumentos que favoreçam a regionalização – em forma de regiões de saúde ou de redes de atenção à saúde. No caso do teto financeiro, como se verá adiante, um dos componentes para a alocação intermunicipal de recursos é a PPI, organizada em torno das regiões de saúde. No caso das redes temáticas de atenção, a inovação em sua constituição consiste no incentivo para indução de estratégias definidas para adoção de determinados padrões de atendimento em especialidades consideradas gargalos da atenção à saúde e da regionalização.

O valor do limite financeiro para cada Unidade da Federação (UF) é definido pela CIT, considerando anualmente a disponibilidade orçamentária do MS e a existência de capacidade instalada de serviços de saúde – ou seja, é fortemente influenciada pela série histórica dos valores repassados em anos anteriores. A referência inicial da NOB 96 para o valor dos repasses destinados às internações no cálculo do teto financeiro da assistência, segundo Faveret *et al.* (2001), foi o valor médio da autorização de internação hospitalar (AIH) combinado com o parâmetro físico de 9% da população. Dessa forma, o valor do teto financeiro de cada UF está diretamente relacionado à capacidade instalada, na forma de hospitais, equipamentos e profissionais de saúde, e é bastante concentrado nas regiões mais desenvolvidas do Brasil. O investimento em infraestrutura e equipamentos, à medida que novos serviços de saúde são abertos, pode se traduzir em redistribuição do teto financeiro e consequente redução da desigualdade de financiamento da oferta de serviços.

No âmbito de cada estado, a partilha dos recursos entre os governos municipais e o estadual é realizada por meio dos instrumentos de planejamento do SUS, criados no contexto do primeiro movimento normativo pela regionalização das ações de saúde, ainda antes da publicação da Noas. O PDR define o desenho da rede de atenção à saúde no âmbito estadual, com agrupamentos de municípios em regiões de saúde e subdivisões mais agregadoras (macrorregiões) que variam conforme a UF, além da definição dos fluxos assistenciais. A PPI define e quantifica as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como registra os pactos de atendimento das populações entre os gestores, para garantir o acesso aos serviços de saúde.

Os municípios, organizados em regiões de saúde, negociam a capacidade de atendimento regional, baseado em parâmetros de quantidade de serviços produzidos em relação à população, calculados com base em séries históricas e/ou parâmetros técnicos. Para estimar, por exemplo, a quantidade esperada de um determinado procedimento em cada município, utiliza-se o parâmetro da UF, calculado pela divisão da quantidade de procedimentos em determinado período pela população da UF; esse parâmetro é multiplicado pela população de cada município para determinar a meta física do procedimento adequada àquela população. Após a negociação inicial, os remanejamentos são realizados em função da abertura ou fechamento de serviços, da produção insuficiente de um município – que não alcança as metas, por exemplo – ou em virtude de decisão da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), por redesenho da rede assistencial. A programação das metas físicas da PPI e a divisão dos recursos federais entre os municípios de atendimento são de responsabilidade do governo estadual. Desta forma, a PPI busca organizar a rede regional de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os tetos financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios (Minas, Madureira e Gonçalves, 2014).

A operacionalização da PPI, entretanto, é bastante diferenciada entre as UFs, principalmente no que se refere à frequência de suas atualizações. O capítulo 7 deste livro revela que as pactuações da PPI não são garantidas efetivamente. Esta tese é corroborada por Moreira e Tamaki (2017), que, com base em uma pesquisa qualitativa, observaram que, mesmo estando negociado e contratualizado, não haveria garantia de que a unidade de maior complexidade referenciada atenderia aos casos encaminhados pelos municípios sem capacidade de atendimentos de MAC. A PPI serviria muito mais para pactuar as referências, que são necessárias para garantir o repasse federal de recursos do SUS, do que para garantir a integralidade de acesso aos serviços de média e alta complexidade. Com exceção das internações, entretanto, não existem mecanismos institucionais no âmbito do MS, ou do SUS de uma forma geral, para contabilizar o atendimento ambulatorial de pessoas por município de origem, de forma que não é possível verificar se os pactos realizados por meio das PPIs são cumpridos pelos gestores dos municípios com capacidade de atendimento e que recebem recursos do teto financeiro de MAC para realizá-los.

Nos últimos anos, o financiamento da MAC passou por mudanças importantes com a implantação das redes temáticas de atenção à saúde, que buscam induzir a adoção de padrões de atendimento e a implantação de serviços de saúde em especialidades consideradas estratégicas, além de apoiar o processo de regionalização da atenção à saúde por meio da implantação das redes de atenção à saúde (RAS), fortalecendo a construção de regiões de saúde articuladas de forma supramunicipal (Brasil, 2014). As redes temáticas com maior volume de recursos são a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), a Rede de Saúde Mental e a Rede Cegonha (tabela 1).¹⁸

TABELA 1
Transferências do bloco financeiro da MAC

Transferências do bloco financeiro de MAC	R\$ milhões de 2018				% do total			
	2008	2011	2014	2017	2008	2011	2014	2017
Total de transferências de MAC	41.834	48.717	52.172	47.134	100,0	100,0	100,0	100,0
1) Limite financeiro de MAC	36.484	43.441	46.828	42.232	87,2	89,2	89,8	89,6
1.a) Teto financeiro de MAC	35.736	42.475	37.685	32.345	85,4	87,2	72,2	68,6
1.b) Outras transf. do limite financeiro de MAC	748	966	9.143	9.887	1,8	2,0	17,5	21,0
Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)			3.082	3.241			5,9	6,9
Unidades de Pronto Atendimento (UPA)			1.334	1.726			2,6	3,7
Rede de Saúde Mental			1.278	1.016			2,5	2,2
Rede Cegonha			1.069	1.008			2,0	2,1
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	451	650	1.207	964	1,1	1,3	2,3	2,0
Rede Viver sem Limites			355	489			0,7	1,0
Melhor em Casa				412				0,9

(Continua)

18. A Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, por exemplo, que trata da Rede de Atenção às Urgências, estabelece incentivo financeiro mensal entre R\$ 100 mil e R\$ 300 mil para hospitais que tenham equipes que atendam 24 horas. O valor depende da área de abrangência atendida, da cobertura populacional e dos serviços habilitados de alta ou média complexidade.

(Continuação)

Transferências do bloco financeiro de MAC	R\$ milhões de 2018				% do total			
	2008	2011	2014	2017	2008	2011	2014	2017
1.b) Outras transf. do Limite Financeiro de MAC								
Rede de Controle do Câncer			86	260			0,2	0,6
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)		147	214	206		0,3	0,4	0,4
Rede de Atenção Psicossocial			109	197			0,2	0,4
Rede Brasil Sem Miséria			157	178			0,3	0,4
Rede trat. do câncer de colo de útero e mama			191	170			0,4	0,4
Outro	297	169	62	18	0,7	0,3	0,1	0,0
2) FAEC	5.350	5.276	5.345	4.903	12,8	10,8	10,2	10,4

Fonte: FNS/MS.

Elaboração dos autores.

As transferências para as redes temáticas de atenção, regulamentadas a partir de 2011 e operacionalizadas a partir de 2012, e para as quais foram definidos requisitos para adesão, aumentaram muito a participação nas transferências para a MAC nos últimos anos (tabela 1). Enquanto o teto financeiro reduziu sua participação nas transferências de MAC de 85,4%, em 2008, para 68,6%, em 2017, os outros recursos do limite financeiro aumentaram a participação de 1,8% para 21,0%.

Entretanto, o teto financeiro, que é um repasse regular e automático baseado na série histórica de produção e faturamento, ainda responde pela maior parte dos recursos transferidos aos entes subnacionais, embora este percentual já tenha sido maior em anos anteriores. Apesar de ser inegável a importância do teto financeiro na manutenção da oferta de serviços de saúde de média e alta complexidade, ao mesmo tempo, este tipo de repasse não possibilita uma reversão mais contundente das desigualdades na prestação de serviços derivadas da concentração da capacidade instalada em determinadas regiões, ainda que avanços tenham sido observados em relação à desigualdade do financiamento do teto entre as regiões do país.

Por sua vez, no bloco de financiamento da média e alta complexidade, vêm ganhando força os repasses que de fato estão incentivando a adesão a políticas nacionais. Nos últimos dez anos, houve um direcionamento de recursos para novas prioridades, como as redes de atenção de MAC, o que indica uma renovação desses instrumentos de coordenação neste bloco de financiamento.

4 A TRAJETÓRIA DA VINCULAÇÃO DE RECURSOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SUS

É fundamental ressaltar a importância que a vinculação de recursos dos governos subnacionais para a política de saúde teve no processo de consolidação do SUS, atuando como relevante instrumento de coordenação, juntamente com os repasses regulares e automáticos. As vinculações constitucionais foram fundamentais para ampliar a participação dos outros níveis de governo no financiamento da saúde e para garantir os recursos necessários às contrapartidas das esferas subnacionais

no financiamento dos programas definidos como prioritários pelo gestor federal. Neste sentido, ainda que a vinculação de recursos preveja gastos mínimos para os três níveis de governo, são as obrigatoriedades de gastos municipais e estaduais que oferecerão as contrapartidas necessárias ao recebimento dos repasses para implementação das políticas priorizadas, exercendo importante papel como instrumento de coordenação do SUS. Não obstante, a vinculação de recursos da União também foi importante para garantir o montante de recursos gastos em saúde por esta; parte deles transferidos aos estados e municípios.

A Constituição Federal de 1988, ao criar a seguridade social, estabeleceu que esta seria financiada com recursos da União, dos estados e dos municípios, oriundos de impostos e de contribuições sociais, conformando assim o orçamento da seguridade social (OSS). A CF/1988 determinou ainda que 30% deste orçamento seria destinado à saúde até que fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), conforme previsto em seu art. 198 e nas disposições transitórias, mas esse percentual nunca foi aplicado. Em 1993, para responder à crise de financiamento da saúde, quando as contribuições previdenciárias deixaram de ser repassadas para o MS, o governo federal recorreu a empréstimos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). A partir dessa situação emergencial, que evidencia a necessidade de se definir fontes de financiamento estáveis e suficientes para o SUS, surge uma crescente demanda em torno da necessidade de se vincular recursos para financiamento do sistema. A Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) foi criada em 1996 como alternativa para superação da carência de recursos na esfera federal. Esta contribuição foi extinta em 2007, e, durante sua vigência, a alíquota foi majorada para financiamento de outras políticas (previdência social e Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza – FCEP). No período 1997-2007, a CPMF respondeu, em média, por um terço do total de recursos federais aplicados no SUS.

A Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, estabeleceu, no art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), limites mínimos para aplicação em ações e serviços públicos de saúde para as três esferas de governo: estados e municípios deveriam destinar para a saúde o equivalente a 12% e 15%,^{19,20} respectivamente, de suas receitas de impostos e transferências constitucionais e legais – regra ainda em vigência, enquanto para a União foi estabelecido um valor mínimo, correspondente ao valor empenhado em ASPS no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB entre os dois anos anteriores.²¹ Cabe ressaltar que o valor mínimo estabelecido para a União, que afeta diretamente os repasses aos entes subnacionais, foi objeto de modificações recentes. A EC

19. Entre 2000 e 2004, houve uma regra de transição para a aplicação desses percentuais. O limite mínimo foi estabelecido em 7% em 2000, aumentando paulatinamente nos anos seguintes, até atingir 12% das receitas estaduais e 15% das municipais em 2004.

20. Para o Distrito Federal, foi estabelecida a vinculação de 12% das receitas de natureza estadual e 15% das de natureza municipal.

21. Para o exercício de 2000, foi estabelecida uma base inicial correspondente ao valor executado em 1999 acrescido de 5%.

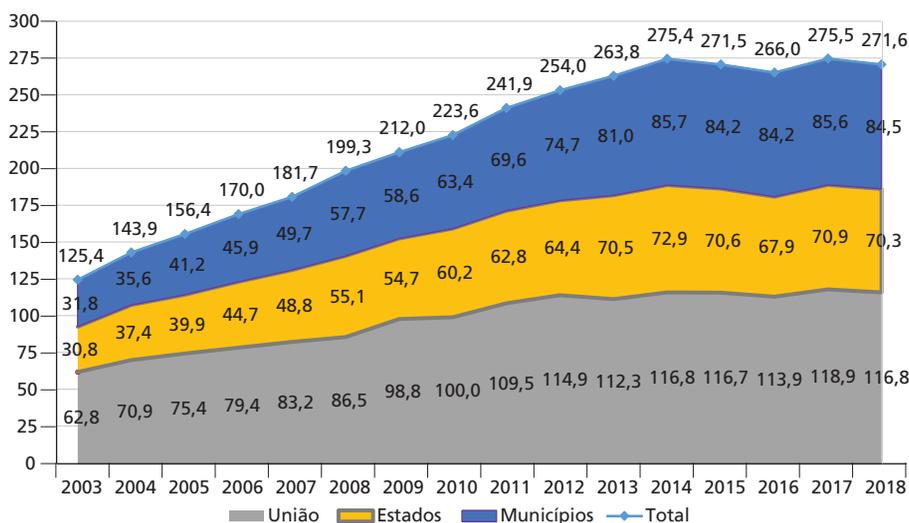
nº 86/2015, cujo objetivo principal era o de tornar obrigatória a execução das emendas parlamentares (Proposta de Emenda à Constituição – PEC do Orçamento Impositivo), estabeleceu um novo patamar de gastos em saúde a ser aplicado pela União, de 15% da receita corrente líquida (RCL) em 2020, com percentuais crescentes a partir de 2016.²² Esta nova forma de vinculação teve vigência de um exercício, tendo sido modificada pelo Novo Regime Fiscal (EC nº 95/2016), que congelou os gastos primários do governo federal por vinte anos. No caso da saúde, ficou determinado que o montante gasto a cada ano será corrigido apenas pelo IPCA, a partir do patamar de 15% da RCL de 2017.²³

A EC nº 29/2000 foi fundamental para a ampliação dos gastos públicos com saúde nas três esferas de governo nos anos subsequentes à sua aprovação. No período 2003-2014, houve crescimento real contínuo do gasto das três esferas de governo com ASPS, com descontinuidade a partir de 2015. Ainda assim, o gasto total das três esferas mais que dobrou em termos reais entre 2003 e 2018 (crescimento de 117%), passando de R\$ 125,4 bilhões para R\$ 271,6 bilhões. A taxa de crescimento dos gastos subnacionais foi mais expressiva que a da União. Nesse período, o gasto municipal teve um crescimento real de 166%, o gasto estadual, de 128% e o federal, de 86%. Em 2018, a União gastou R\$ 116,8 bilhões, os estados, R\$ 70,3 bilhões e os municípios, R\$ 84,5 bilhões (gráfico 7). Os diferentes pontos de partida explicam as taxas de crescimento registradas.

GRÁFICO 7

Despesa com ações e serviços públicos de saúde (2003-2018)

(Em R\$ bilhões de 2018)



Fontes: Siga Brasil e Siops.

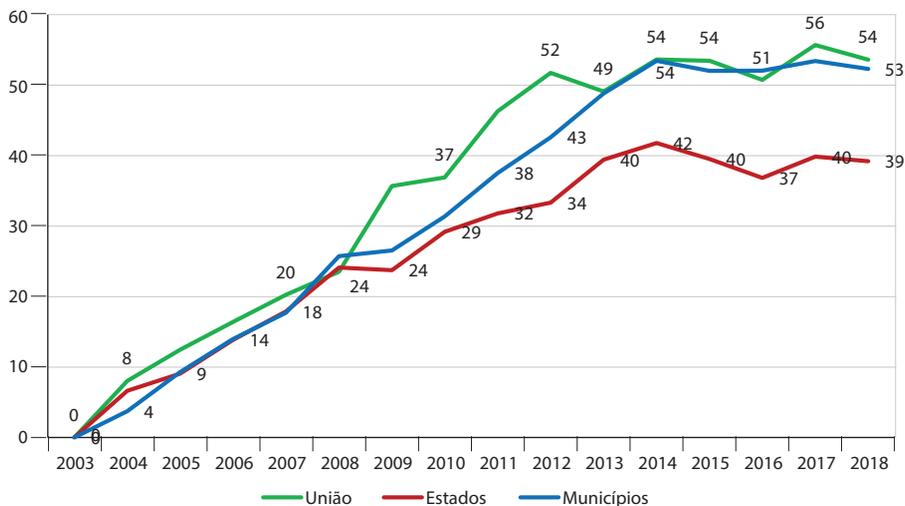
22. Em 2016, 13,2%; em 2017, 13,7%; em 2018, 14,1%; e em 2019, 15,4%.

23. As implicações desse teto de gastos para a política de saúde serão abordadas na seção seguinte.

Chama atenção a dinâmica de crescimento principalmente dos municípios: em 2018, quando comparado a 2003, o montante adicional de recursos gasto pelos municípios foi tão expressivo quanto o volume adicional aportado pela União (cerca de R\$ 53 bilhões cada um). Entretanto, a diferença refere-se ao ponto de partida de cada um deles (2003): ou seja, o esforço dos municípios para gastar com saúde foi maior que o esforço da União. O aporte adicional de gastos federais, quando comparados a 2003, acompanhou os estados e municípios até 2008, quando as curvas se descolam (gráfico 8). Ainda que não tenha tido o mesmo fôlego que os municípios, o aumento dos gastos estaduais também foi importante na consolidação do SUS.

GRÁFICO 8

Despesa adicional com ações e serviços públicos de saúde em relação a 2003 (2003-2018)
(Em R\$ bilhões de 2018)



Fonte: Siga Brasil e Siops.

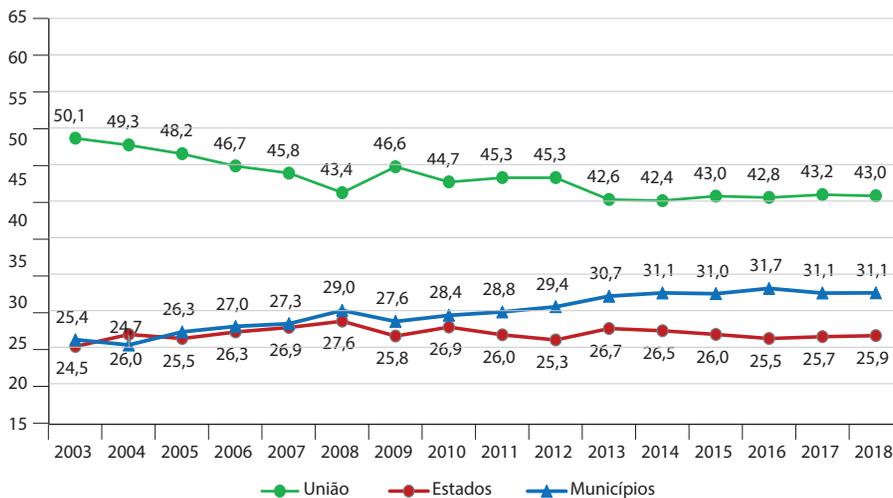
O aporte de recursos garantido pela EC nº 29/2000 mudou a configuração da participação das esferas de governo no financiamento da saúde. Entre 2003 e 2018, a participação de estados e municípios no gasto público total com ações e serviços públicos de saúde passou de 50% para 57%, enquanto a participação da União²⁴ caiu de 50% para 43% (gráfico 9). Enquanto os governos estaduais mantiveram certa estabilidade na participação nos gastos do SUS, passando de 24,5% para 25,9% do total, a participação dos municípios assumiu um protagonismo cada vez maior, passando de 25,4% para 31,1%.

24. Importante ressaltar que os gastos da União contemplam não só as transferências a estados e municípios, mas também os gastos diretos do governo central.

GRÁFICO 9

Despesa com ações e serviços públicos de saúde (2003-2018)

(Em % do total)

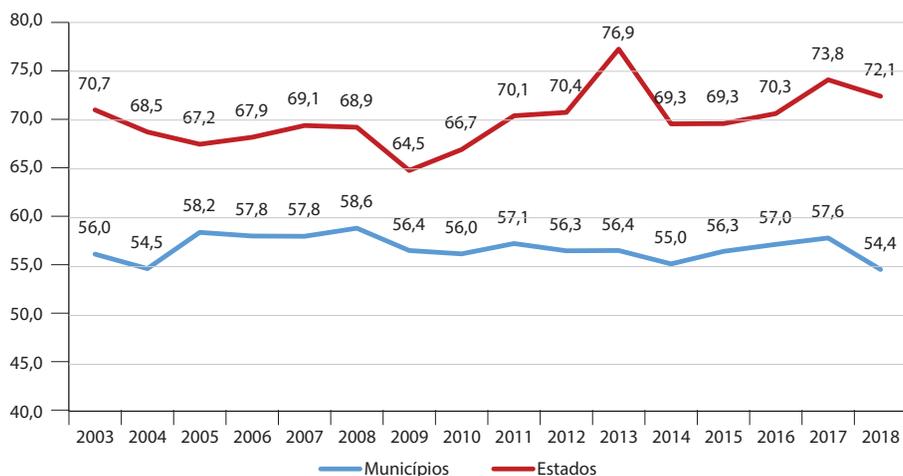


Fonte: Siga Brasil e Siops.

Dessa forma, o processo de construção do SUS e de seu financiamento compartilhado entre as três esferas de governo, que sofreu forte impacto com a aprovação da EC nº 29/2000, teve papel importante na redução gradual da hegemonia federal no financiamento da saúde. Além do aumento do volume de recursos para a saúde, um dos grandes legados dessa vinculação de recursos foi a garantia de estabilidade para seu financiamento, ainda que em patamares baixos em comparação a outros países. Prova disso é que, em 2007, quando a CPMF foi extinta, não houve uma crise como a observada em 1993, quando as contribuições previdenciárias deixaram de financiar a saúde (Servo *et al.*, 2011). A partir de 2008, observou-se a substituição da CPMF por outras fontes federais no financiamento da saúde, uma vez que a regra da EC nº 29/2000 garantia a aplicação de um valor mínimo pela União, independentemente da fonte de recursos.

A importância da EC nº 29/2000 para a consolidação da política de saúde também é observada quando se analisa o grau de estabilidade que as despesas próprias efetuadas pelos estados e municípios representaram no total das despesas com saúde realizadas por estes entes, que levam em conta também as transferências da União (repasse regulares e automáticos) e de outros entes federativos. No âmbito dos estados, as despesas próprias foram responsáveis, em média, por 69% do total de suas despesas com saúde, enquanto no caso dos municípios as receitas próprias financiaram em média 59% de seu gasto com saúde (gráfico 10).

GRÁFICO 10
Despesa de estados e municípios financiada por recursos próprios (2003-2018)
(Em % do total)



Fonte: Siops.

Como apontado por Piola, Benevides e Vieira (2018), a vinculação constitucional de recursos para a saúde com a EC nº 29/2000 trouxe efetivamente os estados e municípios para o financiamento compartilhado do SUS, o que havia sido tentado anteriormente pela PEC nº 169/1993. Segundo os autores, o fato de a EC nº 29/2000 não ter trazido exigências financeiras mais acentuadas para a União pode ter facilitado sua aprovação. De qualquer forma, trouxe uma certa garantia de que o aporte de recursos das três esferas se tornasse bem mais volumoso e mais estável, de forma a viabilizar não só as contrapartidas municipais e estaduais para o recebimento de repasses destinados a políticas prioritárias, como também o aumento dos repasses regulares e automáticos que têm como fonte os recursos da União (Piola *et al.*, 2013).

5 IMPACTOS E LIMITAÇÕES DOS INSTRUMENTOS FINANCEIROS DE COORDENAÇÃO DO SUS

Nas seções anteriores, ficou claro o crescimento dos gastos em saúde realizados nos municípios, tanto pelo aumento das transferências realizadas pelo Ministério da Saúde, como pelo aumento dos gastos provenientes de receitas próprias, viabilizado pela obrigatoriedade de gasto mínimo com saúde definido pela EC nº 29/2000. A conjunção destes dois instrumentos de coordenação significou, na prática, não só um aumento na oferta de serviços da atenção primária, priorizada pela política nacional, mas também a garantia da oferta de serviços de média e alta complexidade.

Segundo Vazquez (2014), no início dos anos 2000, houve uma forte expansão das ações da atenção básica, o que demonstra o sucesso da regulação federal em estimular a ampliação de sua oferta pelos municípios: entre 1998 e 2006, a produção ambulatorial da atenção básica aumentou 62,3%, o número de visitas do PSF cresceu 324,5% e a quantidade de famílias atendidas pelo PSF aumentou em 282%. A consolidação deste processo foi viabilizada principalmente pelo aporte financeiro dos próprios municípios e pelos incentivos à adesão a esta política, expressos nos repasses regulares e automáticos do Ministério da Saúde, que foram essenciais para a padronização nacional e a reorientação do modelo assistencial.

Além disso, a redução das desigualdades entre os entes subnacionais no financiamento da política de saúde também foi um resultado importante obtido com a adoção destes instrumentos de coordenação. Segundo Vazquez (2014), isso foi possível porque a obrigatoriedade de gastos estabeleceu um patamar mínimo de gasto próprio, e os repasses do MS eram condicionados à ampliação da oferta municipal de ações e serviços. Ou seja, a redução da desigualdade no gasto *per capita* está relacionada tanto à redução das diferenças no gasto próprio, como aos recursos transferidos pelo MS.

Estudo de Paiva, Gonzalez e Leandro (2017) aponta que o papel coordenador do nível central de governo, por meio dos mecanismos de repasse automático, fez com que indicadores importantes sobre desigualdade de acesso e qualidade dos serviços expressassem melhorias substantivas. Segundo Arretche, Fuzaro e Gomes (2012), a desigualdade do gasto em saúde medido pelo coeficiente de Gini reduziu -se de 0,399, em 1996, para 0,354, em 1998, 0,293, em 2001, e, posteriormente, 0,259, em 2006.

Apesar da importância dos dois instrumentos para a redução de desigualdade no financiamento, uma vez que ambos se complementam, Piola, Benevides e Vieira (2018) ressaltam o papel de destaque das transferências do SUS. Segundo os autores, a análise do gasto *per capita* realizada a partir dos gastos próprios de estados e municípios somente mostra que as diferenças regionais são maiores do que quando são também consideradas as transferências da União aos entes subnacionais. De acordo com os autores,

em 2017 o maior gasto *per capita* com recursos próprios de estados e municípios foi de R\$ 841 no Sudeste, 60% superior ao valor do Nordeste, o menor (R\$ 526). Verificou-se também que essa diferença se reduziu no período estudado: em 2004 era de 87%. Quando a comparação é feita com o gasto *per capita* total, a diferença em favor do Sudeste se reduz de 50%, em 2004, para 34%, em 2017 (Piola, Benevides e Vieira, 2018).

A despeito dos avanços observados com a regulação da política de saúde mediante a adoção desses dois instrumentos importantes, há que se ressaltar algumas de suas limitações. A primeira delas se refere à própria transferência de recursos destinados à oferta de serviços de média e alta complexidade, que tem como principal

expressão o teto MAC. É inegável a importância deste repasse na oferta de serviços de média e alta complexidade, que financiam a oferta de municípios com capacidade já instalada. Entretanto, este tipo de repasse dificilmente irá atuar de forma mais determinante na redução da desigualdade de financiamento da atenção de média e alta complexidade. Tal desigualdade está associada à concentração da capacidade instalada em determinadas regiões, ainda que avanços tenham sido observados em relação à desigualdade do financiamento do teto entre as regiões do país.

A segunda limitação da coordenação federativa por meio dos instrumentos abordados está relacionada com o fraco papel que a Pactuação Programada Integrada vem desempenhando quanto à garantia integral de atendimento, pouco atuando na redução das desigualdades. A população dos municípios sem capacidade instalada de MAC continua enfrentando dificuldades na busca por atendimento, talvez por falta de mecanismos de *enforcement* relacionados às transferências fundo a fundo. O bloco de investimento, que seria o principal instrumento para realizar tal desconcentração, correspondeu a menos de 2% do montante de repasses em 2017.

Outro limite importante que irá se impor ao bom funcionamento dos instrumentos financeiros de coordenação no SUS nos próximos anos, principalmente nos repasses regulares e automáticos do MS, é o congelamento do piso de gastos em ações e serviços públicos de saúde em termos reais, determinado pela Emenda Constitucional nº 95/2016. Além desse congelamento, a EC nº 95/2016 estabeleceu um teto de gastos para as despesas primárias do governo federal, apontando para uma severa restrição de recursos para o SUS e aguçando o conflito distributivo interno ao orçamento público. Em primeiro lugar, porque o patamar para a aplicação mínima fica estabelecido em um nível historicamente baixo de receita, dadas as quedas impressionantes de arrecadação no período 2015-2017,²⁵ e mesmo futuros ganhos reais de receita não serão incorporados à aplicação mínima. Em segundo lugar, porque, apesar de que em tese o governo federal possa aumentar as despesas em ASPS em termos reais – acima da aplicação mínima –, em decorrência do teto de gastos, esse aumento só poderia ocorrer mediante a retirada de recursos de outras áreas. Embora essa emenda não altere as vinculações estabelecidas para estados, municípios e DF, a limitação do aporte da União ocorre em um momento em que vários estados enfrentam dificuldades financeiras e os municípios já aplicam em média quase um quarto da sua receita em saúde. Ou seja, esse teto de gastos afetará sobremaneira os repasses regulares e automáticos do governo federal para estados e municípios. Tal quadro aponta para o enfraquecimento da garantia constitucional de recursos para ASPS enquanto instrumento de coordenação,

25. Ver seção *Conjuntura fiscal*, em IFI (2019). Depois da queda contínua observada a partir do segundo trimestre de 2014, tanto da receita total quanto da receita líquida, estas só voltaram a se recuperar em outubro de 2017, tendo ambas se reduzido em aproximadamente 1,5 ponto percentual (p.p.) do PIB no período.

inclusive promovendo pressão para que os entes federados reduzam o aporte de recursos próprios no SUS.

Ao mesmo tempo que o teto de gastos se impõe no horizonte de modo a constranger as despesas primárias do governo federal, o que poderá impactar no montante de recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para financiar a oferta de ações e serviços públicos de saúde nos estados e municípios, o governo lança mão de medidas para flexibilizar o gasto em saúde nos entes subnacionais. No início de 2017, pouco mais de um mês após a aprovação da EC nº 95/2016, a CIT aprovou uma proposta, denominada de SUS Legal, que tinha como objetivo facilitar a alocação de recursos orçamentários por meio da eliminação da compartimentação das transferências federais por componentes e blocos de financiamento. A proposta previa que as transferências de recursos federais fundo a fundo seriam operadas apenas por dois blocos: de custeio e de capital.²⁶ Entretanto, a mudança não foi efetivada no formato pretendido, com alteração nas classificações orçamentárias e desvinculação dos recursos federais quanto às finalidades de aplicação. No fim de 2017, o MS publicou a Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, unificando os repasses financeiros de custeio em uma única conta bancária, o que concede maior flexibilidade aos gestores para utilizar os recursos recebidos ao longo do exercício financeiro. Apesar de prever a aplicação dos recursos conforme o Plano de Trabalho do Orçamento Geral da União (OGU), o que garantiria a compatibilidade com as finalidades definidas pelo MS em seu orçamento, ainda não há instrumentos para verificar esse cumprimento. Tal medida facilitaria o deslocamento de recursos para prioridades definidas pelo poder local em detrimento das prioridades nacionais, reduzindo a capacidade de coordenação federativa por parte do gestor nacional do sistema, e colocando em cheque o financiamento compartilhado e a regionalização das ações e dos serviços de média e alta complexidade. Outra mudança que surge no horizonte, no contexto da mudança de governo no nível federal em 2019, é a proposta de desvinculação orçamentária para as três esferas de governo, que tem sido denominada de PEC do Pacto Federativo.²⁷ Em que pese a flexibilidade na alocação dos recursos ser entendida por gestores das esferas subnacionais como uma estratégia necessária para minimizar o impacto da redução de gastos federais em saúde, esta alternativa tem potencial para caminhar na contramão de uma política de saúde que fortaleça o SUS.

26. Para uma análise do SUS-Legal, ver capítulo 2, de Jaccoud e Vieira, neste volume.

27. A desvinculação orçamentária já havia sido proposta em 2015 no documento/manifesto *Uma Ponte para o Futuro*, publicado pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) alguns meses antes do impedimento do mandato da então presidenta Dilma Rousseff. A atual proposta tem sido verbalizada à imprensa desde os primeiros meses do atual mandato presidencial pelo ministro da Economia e por alguns de seus assessores: i) *Valor Econômico*: Guedes diz ter pronta PEC para desvinculação total do orçamento (Pupo, 2019); ii) *O Estado de S. Paulo*: Os políticos têm de controlar 100% do orçamento (Fernandes, Fucs e Agostini, 2019); iii) *Agência Brasil*: Bolsonaro defende reformulação do pacto federativo (Verdêlio, 2019); e iv) *Agência Brasil*: Guedes defende devolver ao Congresso o controle do orçamento (Máximo, 2019).

6 CONCLUSÃO

Os repasses regulares e automáticos para estados e municípios, operados pelo governo federal, e a vinculação constitucional de recursos das três esferas de governo para a saúde são instrumentos de coordenação federativa da política de saúde que atuaram de forma conjunta no processo de construção e consolidação do SUS; a obrigatoriedade do gasto mínimo viabilizou as contrapartidas estaduais e municipais para adesão às políticas e aos programas priorizados em agenda nacional. Esses dois instrumentos possibilitaram ao gestor federal, coordenador nacional do sistema, a implantação e a ampliação das ações e dos serviços na atenção básica, sob responsabilidade dos governos municipais, pela via da indução financeira, bem como a manutenção e a ampliação dos serviços de média e alta complexidade.

Esses instrumentos de coordenação, ao mesmo tempo que induziram a adoção de políticas de saúde como a Estratégia Saúde da Família, na atenção primária, e as redes temáticas de atenção à saúde, na MAC, também contribuíram para a redução das desigualdades regionais no financiamento. As amplas desigualdades observadas nas condições socioeconômicas – nas necessidades de saúde e na capacidade tributária dos governos estaduais e municipais – são fatores que por si só já demandariam uma coordenação federativa efetiva por parte da União, no sentido de redistribuir recursos para a política de saúde.

As características singulares da Federação brasileira, três esferas de governo e milhares de entes federados dotados de autonomia política, tornam bastante complexa a tarefa de garantir a integralidade da oferta de serviços de média e alta complexidade, visto que a rede assistencial do SUS é bastante concentrada nos grandes centros urbanos. Embora parte significativa dos recursos transferidos fundo a fundo para a MAC tenha se destinado à manutenção da rede assistencial, a partir de uma lógica intrínseca baseada principalmente no financiamento da capacidade instalada já existente, o aumento dos recursos disponíveis proporcionado pela vinculação constitucional permitiu a expansão da rede assistencial com base na habilitação de novos serviços, tendo havido, a partir de 2012, uma tentativa de indução financeira para mudança do modelo, com a criação das redes temáticas de atenção à saúde. Além da rede assistencial, outros elementos favorecem a concentração da força de trabalho de profissionais de saúde – notadamente, os médicos²⁸ – nos centros urbanos, como a localização das faculdades de medicina e as oportunidades de trabalho no setor privado.

28. Em 2013, foi lançado o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), com a finalidade de formar médicos para trabalhar na atenção básica do SUS e diminuir a carência de médicos em áreas antes desassistidas (interior do país, periferias dos grandes centros urbanos e locais de difícil acesso e/ou considerados de pouca atratividade para o exercício da medicina, incluindo os distritos sanitários especiais indígenas – Dsei). Inicialmente, foram preenchidas as mais de 18 mil vagas previstas, sendo que mais da metade eram de médicos cubanos do Acordo de Cooperação Internacional realizado por intermédio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Esta proporção diminuiu nos anos seguintes, com a maior procura pelas vagas por parte de médicos formados no Brasil. Desde 2017, o número de vagas ocupadas diminuiu, e, no fim de 2018, em função das críticas do governo eleito ao programa, foi interrompida essa cooperação com o governo cubano, o que diminuiu o alcance do programa, que, no final de 2018, tinha pouco mais de 13 mil vagas ocupadas de acordo com a fonte oficial do MS. Mais informações disponíveis no *site* da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage), disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>.

Há cerca de duas décadas, busca-se um modelo de regionalização que consiga garantir a universalidade e a integralidade por meio da responsabilização dos municípios com capacidade instalada em MAC pela atenção à saúde não somente de seus munícipes, mas também da população da sua região de saúde – ou, em casos de maior complexidade, de outras regiões de saúde –, a partir da definição das referências para atendimento, definidas conforme a especialidade médica e o nível de complexidade. A regionalização da atenção de MAC requer cooperação para organização da oferta regionalizada de serviços de saúde e coordenação das ações, para fomentar a cooperação e evitar a concorrência e as disputas entre os entes federados, bem como possíveis comportamentos oportunistas de seus gestores. Os instrumentos financeiros de coordenação são fundamentais para conter ações isoladas por parte dos entes federados, incentivar o compartilhamento de recursos e estabelecer acordos para a oferta regionalizada de serviços.

As transferências regulares e automáticas e a vinculação de recursos para a saúde, associadas aos seus mecanismos de *enforcement* e de regulamentação, são importantes instrumentos financeiros de coordenação federativa, tendo sido capazes de mudar o rumo da política de saúde desde a CF/1988. Esse arranjo de mecanismos de indução e de financiamento possibilitou a expansão e a mudança do modelo de atenção básica, responsabilizando efetivamente os municípios, e a expansão da atenção hospitalar e ambulatorial de MAC, possibilitadas pelo aumento da disponibilidade de recursos, em arranjo pactuado entre os gestores – na CIT – e normatizado em torno da necessidade de garantir a oferta de serviços de forma regionalizada. O conjunto desses instrumentos financeiros, bem como sua imbricação com uma estrutura de pactuação intergovernamental, constitui o arranjo efetivo de coordenação federativa do SUS. Contudo, esse conjunto não é livre de contradições e conflitos. A análise dos repasses federais no âmbito da atenção básica e das ações de média e alta complexidade do SUS, que correspondem a cerca de 90% dos recursos transferidos a estados e municípios, revela que estes por vezes estão voltados a objetivos variados e não necessariamente convergentes. Enquanto uma parte dos recursos está associada a políticas que incentivam a desconcentração territorial de serviços e a mudança do modelo de atenção, outra parte tem critérios de repasse que se destina a manter os serviços e a capacidade de atendimento disponível, contribuindo para reforçar a concentração e o modelo existente. Esse arranjo da política de saúde tem origem na necessidade de se aumentar a cobertura dos serviços e redesenhar o modelo de atenção por meio de mudanças incrementais, ao mesmo tempo que se garante o financiamento para atendimento na rede de prestadores de serviços existente.

A atual conjuntura impõe novos limites aos instrumentos financeiros de coordenação. Trata-se do teto de gastos, adotado a partir de 2017, por meio de mudança constitucional (EC nº 95/2016) proposta pelo governo então recém-empossado. Este teto congelou as despesas federais por vinte anos, limitando a

capacidade do Estado de atuar sobre as políticas sociais de forma geral – e sobre a política de saúde de forma particular –, a partir de um projeto de redução do tamanho do Estado, que dificulta, ou até mesmo impede, a expansão e a regionalização do SUS, relativizando o direito à saúde previsto na CF/1988. Outro elemento, já parcialmente implantado, é a proposta do SUS Legal, que pretende aumentar a flexibilidade na utilização dos recursos pelos gestores em detrimento de uma priorização nacional, com o potencial de reduzir a capacidade de coordenação federativa por parte do gestor federal e, conseqüentemente, de desarticular o arranjo federativo que sustenta o SUS.

Outra questão é a proposta de desvinculação orçamentária, que tem sido verbalizada na imprensa por integrantes da equipe econômica do novo governo, que tomou posse em janeiro de 2019. O pretexto é reduzir o engessamento do orçamento público por meio da redução das despesas obrigatórias, o que seria viabilizado por meio da abolição das vinculações orçamentárias, entre as quais a de aplicações mínimas em saúde nas três esferas de governo. Após um primeiro golpe sobre o financiamento do SUS, evidenciado pela EC nº 95/2016, a proposta de acabar com a vinculação representa um aprofundamento da situação de subfinanciamento em dois sentidos: de um lado, retiraria a garantia de aplicações mínimas da União, e o MS passaria a disputar recursos cada vez mais limitados, em função da regra do teto de gastos, com outras políticas públicas; de outro, retiraria a obrigatoriedade de aplicações mínimas também de estados e municípios. Para além das contradições internas dos próprios instrumentos de coordenação, o contexto atual impõe desafios ainda maiores para a consolidação do SUS.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 41-67, jun. 2005.
- ALEXANDER, E. R. Interorganizational coordination: theory and practice. **Journal of Planning Literature**, v. 7, n. 4, p. 328, May 1993.
- ARRETCHE, M. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002.
- ARRETCHE, M.; FUZARO, E.; GOMES, S. **Democracia, políticas sociais e pobreza no Brasil**. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIA POLÍTICA, 8., 2012, Gramado, Rio Grande do Sul. **Anais...** Gramado: ABCP, 2012.

BARROS, M. E. Implementação do SUS: recentralizar será o caminho? **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 292-318, 2001. Disponível em: <<https://bit.ly/2WB2APi>>. Acesso em: 24 jul. 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). Disponível em <<http://bit.ly/2YzRv5O>>.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 5 out. 1988.

———. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: MS, 2014. Disponível em: <<http://bit.ly/2oCk1ms>>.

CNM – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Recursos financeiros no Sistema Único de Saúde**. Brasília: CNM, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2Yhmr1>>. Acesso em: 6 maio 2019.

FAVERET, A. C. *et al.* Estimativas de impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde: Emenda Constitucional nº 29/2000. **Cadernos de Economia da Saúde**, Brasília, n. 1, 2001.

FERNANDES, A.; FUCS, J.; AGOSTINI, R. Os políticos têm de controlar 100% do orçamento. **O Estado de S.Paulo**, 10 mar. 2019. Disponível em: <<http://bit.ly/2M8zzIX>>.

IFI – INSTITUIÇÃO FISCAL INDEPENDENTE. **RAF – Relatório de Acompanhamento Fiscal**, Brasília, n. 24, 15 jan. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/30eBorR>>. Acesso em: 6 maio 2019.

LIMA, L. D. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro – organização e gestão do sistema de saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; MS, 2013. v. 3, p. 73-141.

MALTA, D. C. *et al.* A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, fev. 2016. Disponível em: <<https://is.gd/MURTrb>>.

MÁXIMO, W. Guedes defende devolver ao Congresso o controle do orçamento. **Agência Brasil**, Brasília, 25 set. 2019. Disponível em: <<http://bit.ly/2lGdmGy>>.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. v. 1.

MINAS, R. P.; MADUREIRA, M.; GONÇALVES, I. M. A programação assistencial de saúde em Minas Gerais: relato de experiência. **Revista de Saúde Pública do SUS/MG**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 83-94, jan./jun. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2HdBLEH>>.

MOREIRA, L. C. O.; TAMAKI, E. M. A programação pactuada e integrada como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS. **Interações**, Campo Grande, v. 18, n. 4, p. 99-108, out./dez. 2017. Disponível em <<https://is.gd/DjWB3Y>>.

OUVERNEY, A. M.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. O Coap e a regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1193-1207, abr. 2017. Disponível em: <<https://is.gd/eygnEg>>.

PAIVA, A. B.; GONZALEZ, R. H. S.; LEANDRO, J. G. Coordenação federativa e financiamento da política de saúde: mecanismos vigentes, mudanças sinalizadas e perspectivas para o futuro. **Novos Estudos Cebrap**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 55-81, jul. 2017.

PESTANA, M. V. C.; MENDES, E. V. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: SES-MG, 2004.

PIOLA, S. F. **Política de repasses federais para custeio e investimento e distribuição regional das transferências federais no âmbito do SUS**. Brasília: Ipea, jan. 2016. (Nota Técnica, n. 2).

_____. **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, abr. 2017. (Texto para Discussão, n. 2298).

PIOLA, S. F.; BARROS, M. E. D. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. *In*: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: MS; Opas/OMS, 2016.

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. Brasília: Ipea, dez. 2018. (Texto para Discussão, n. 2439). Disponível em <<http://bit.ly/2GUG39Z>>.

PIOLA, S. F. *et al.* Saúde. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise. Brasília, n. 17, p. 97-172, 2009.

_____. **Financiamento público da saúde**: uma história à procura de rumo. Rio de Janeiro: Ipea, jul. 2013. (Texto para Discussão, n. 1846).

PUPO, F. Guedes diz ter pronta PEC para desvinculação total do orçamento. **Valor Econômico**, 10 mar. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2CfUqDB>>.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001. Disponível em: <<https://bit.ly/2Q5F62b>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

SERVO, L. M. *et al.* Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. *In*: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Orgs.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011. Disponível em: <<https://is.gd/MKVqJN>>.

SOUZA, M. F. M. *et al.* Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1737-1750, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2VnF5rl>>.

UGÁ, M. A. *et al.* Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003. Disponível em: <<https://bit.ly/2VAtk5P>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

VAZQUEZ, D. Mecanismos institucionais de regulação federal e seus resultados nas políticas de educação e saúde. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 969-1005, 2014.

VERDÉLIO, A. Bolsonaro defende reformulação do pacto federativo. **Agência Brasil**, 28 mar. 2019. Disponível em: <<http://bit.ly/2yNBcTJ>>.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

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

_____. Democracia, federalismo e centralização no Brasil. Rio de Janeiro: FGV; Fiocruz, 2012.

MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Orgs.). **Política públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011. Disponível em: <<https://is.gd/NepyRP>>.

MENICUCCI, T. M.G. *et al.* **Regionalização da atenção à saúde em contexto federativo e suas implicações para a equidade de acesso e a integralidade da atenção**. Belo Horizonte: FJP, 2008.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S. B. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor**. Brasília: Ipea, out. 2019. (Texto para Discussão, n. 2516). Disponível em: <<https://is.gd/4iJI0Z>>.