

Título do capítulo

CAPÍTULO 8
DESAFIOS PARA MELHORAR A QUALIDADE
DOS GASTOS DO SUS

Autores (as)

Rodrigo Pucci de Sá e Benevides
Francisco Funcia

DOI

Título do livro

SUS: AVALIAÇÃO DA EFICIÊNCIA DO GASTO
PÚBLICO EM SAÚDE

Organizadores (as)

Carlos Octávio Ocké-Reis

Volume

Série

Cidade

Editora

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)

Ano

2023

Edição

1^a

ISBN

DOI

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2023

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

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

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

Desafios para melhorar a qualidade dos gastos do SUS

Rodrigo Pucci de Sá e Benevides

Francisco Funcia

Introdução

O diagnóstico sobre o subfinanciamento do SUS pode ser demonstrado de várias formas, seja pela existência de necessidades de saúde não atendidas expressas em filas e elevados tempos de espera para atendimentos, seja por comparações internacionais sobre o financiamento dos sistemas de saúde, que explicitam o reduzido patamar de gastos públicos no Brasil.

Períodos de crise e restrição fiscal afetam diretamente o financiamento do SUS, por ser um dos principais itens de despesas correntes nos três níveis de governo, surgindo sempre no debate, sob diferentes formas, o falso dilema ‘financiamento *versus* gestão’. Além do mais, ignorando os vazios assistenciais, as enormes desigualdades sociais e fiscais existentes no país, as necessidades de saúde não atendidas e suas consequências em termos de morbimortalidade, e a manutenção de elevados diferenciais de expectativa de vida, tal diagnóstico é baseado na tese de que a ineficiência do sistema público de saúde é a origem das necessidades não atendidas. Defende-se que a melhoria da gestão do sistema aumentaria a eficiência e permitiria expandir a produção de serviços de saúde, dada uma quantidade fixa de recursos. A necessidade de restringir o gasto público no SUS está pressuposta nessa hipótese¹, e foi assumida pelo então Ministro da Saúde em audiência no Senado Federal, para quem é preciso aprimorar a gestão do sistema para “fazer mais com os mesmos recursos”¹.

I Matéria do site do Senado disponível em <<https://bit.ly/3n4dRY5>>.

O enfoque fiscalista, que privilegia a redução do gasto público (não financeiro), muitas vezes se baseia em falácias de fácil aderência ao senso comum, como a analogia da macroeconomia com o orçamento doméstico, a necessidade de reduzir o tamanho do estado para atrair investimentos externos privados, ou a falsa crença de que o aumento da ‘eficiência técnica’, medida pela minimização dos *inputs* e maximização dos *outputs* do sistema, significa melhoria do gasto, aplicando-se princípios da gestão privada, sem qualquer mediação, no setor público.

O debate em torno da eficiência dos gastos públicos foi retomado nos últimos anos, em parte pelas consequências negativas do aprofundamento da política econômica centrada na austeridade fiscal a partir da vigência da Emenda Constitucional nº 95/2016², responsável pela estagnação e queda da atividade econômica, que têm comprometido a arrecadação tributária nas três esferas de governo. Essa situação, por sua vez, guarda relação direta com uma estrutura tributária que, de um lado, incide majoritariamente sobre a produção e o consumo, e, de outro lado, no contexto do arranjo constitucional do pacto federativo, centraliza a arrecadação na esfera federal de governo, mesmo após as transferências constitucionais intergovernamentais. Contudo, na medida em que a tributação é o principal meio de financiamento das políticas públicas, essa centralização é contraditória com a autonomia relativa de cada ente da federação definida pela Constituição de 1988, com competências e atribuições específicas, bem como da diretriz de descentralização das políticas sociais, dentre as quais a da saúde por meio do SUS. Nesse sentido, a partir de uma visão regionalizada da atenção à saúde, a análise da eficiência no setor público e as propostas para a melhoria do gasto do SUS não podem desconsiderar as regras constitucionais e legais, que disciplinam tanto a arrecadação tributária (responsável pelo financiamento das ações de governo), como o processo de planejamento e execução orçamentária e financeira. Vale dizer: ao longo nas últimas décadas, houve modificações no que se refere à vinculação de recursos sem mudanças importantes na estrutura tributária nacional (e de receitas disponíveis entre as esferas de governo), exigindo diferentes comprometimentos financeiros entre as esferas de governo para a manutenção do SUS.

Este capítulo tem como objetivo discutir o financiamento do SUS, sob a perspectiva dos princípios e diretrizes constitucionais e legais do sistema, considerando a descentralização com comando único em cada esfera de governo, a legislação das finanças públicas e as regras do financiamento do SUS, tanto as que se referem à vinculação constitucional de recursos como as que dizem respeito à alocação condicionada de recursos federais para os entes subnacionais, e a organização dos municípios em regiões de saúde na prestação de serviços de média e alta complexidade. Serão apresentadas informações sobre o financiamento do SUS nos estados e municípios nas ações e serviços de saúde,

estimados para as subfunções da saúde^{II}. O período coberto é de 2008 a 2017, sendo apresentados os valores por habitante, a proporção em relação ao total e a participação das esferas municipal e estadual. Na seção 1, são apresentados dados estimados, agregados para as cinco grandes regiões do país, e na seção 2 os valores são estimados para as 117 macrorregiões de saúde, conforme definido pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) por meio da Resolução nº 37, de 2017⁴.

Contextualização do financiamento do SUS e as condicionalidades para uma gestão regionalizada

O objetivo desta seção é caracterizar os principais aspectos estruturais para a eficiência dos gastos do SUS no atual contexto institucional: i) a centralização (na União) da competência de tributar e da receita disponível (conceito que expressa a receita de cada ente da federação após as transferências intergovernamentais); ii) a vinculação de recursos estaduais e municipais, que compromete todos os entes federados com o financiamento do SUS; iii) o papel das transferências federais no financiamento do SUS de estados e municípios; e iv) a execução orçamentária obrigatória das despesas oriundas de emendas parlamentares.

Desse modo, tratamos das condicionalidades institucionais para a gestão das regiões de saúde como meio para a eficiência do gasto – a contradição entre os princípios e as diretrizes constitucionais do financiamento do SUS e a legislação das finanças públicas, enquanto determinantes do seu processo de planejamento e da sua execução orçamentária e financeira.

Condicionalidades institucionais do financiamento do SUS

O financiamento tripartite (União, estados e municípios) com descentralização das ações e serviços de saúde, sob o comando municipal e com a participação da comunidade, mediante conferências e conselhos de saúde (instâncias deliberativas no campo da formulação das políticas de saúde e da fiscalização da gestão, inclusive no aspecto econômico-financeiro), sintetiza os princípios e diretrizes constitucionais do financiamento do SUS.

A Constituição Federal de 1988 representou um marco histórico do processo de redemocratização do Brasil, à medida que incorporou um conjunto de direitos de cida-

II Para os estados e municípios que informaram no SIOPS excesso de despesa em subfunções administrativas e complementares, foi realizado um ajuste para alocá-las nas subfunções da saúde (301 a 306), conforme metodologia descrita no apêndice 1 do capítulo 7 deste livro³.

dania como resultado da mobilização da sociedade brasileira desde meados dos anos 1970. A criação do SUS foi uma das principais referências desse processo, expressando a luta do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), sintetizados no art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação⁵.

Na mesma linha, o art. 198⁵ estabeleceu como diretrizes do SUS: i) a descentralização das ações e serviços públicos de saúde com direção única em cada esfera de governo; ii) o atendimento integral (com priorização das ações preventivas, mas sem prejuízo da assistência à saúde); e iii) a participação da comunidade (de caráter propositivo e fiscalizador, inclusive dos aspectos econômico-financeiros, por meio das conferências de saúde e dos conselhos de saúde, instâncias deliberativas do SUS no âmbito das três esferas de governo nos termos da Lei nº 8.142/1990⁶ e da Lei Complementar nº 141/2012⁷).

Quanto ao processo de financiamento do SUS, a previsão constitucional⁵ (art. 198, §§ 1º ao 3º) é de que seja tripartite, com regras específicas para o cálculo das aplicações mínimas (pisos), conforme descrito abaixo:

- i) governo federal: até 2015, o valor empenhado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB⁸; em 2016 e 2017, 15% da Receita Corrente Líquida da União⁹; e a partir de 2018, até 2036, o piso de 2017 atualizado pelo IPCA/IBGE acumulado em 12 meses entre julho de um ano e junho do ano seguinte partir de 2017²;
- ii) governos estaduais: 12% das receitas de impostos estaduais (deduzidos os valores das transferências para os municípios) e das receitas de transferências de impostos federais, incluindo as receitas decorrentes da cobrança da dívida ativa estadual;
- iii) governos municipais: 15% das receitas de impostos municipais e das receitas de transferências de impostos federais e estaduais, incluindo a dívida ativa municipal;
- iv) Distrito Federal: 12% dessas receitas de caráter estadual (ICMS, IPVA, FPE, entre outros) e 15% dessas receitas de caráter municipal (IPTU, ISS, ITBI, entre outros).

Além dessas fontes, o financiamento do SUS nos estados e no Distrito Federal é complementado pelas transferências do FNS para os Fundos Estaduais de Saúde, enquanto nos municípios é complementado pelas transferências dos Fundos Nacional e Estaduais de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. As transferências federais são regulamentadas por portarias que foram consolidadas na Portaria de Consolidação 06/2017¹⁰.

Em síntese, é possível constatar uma contradição gerada pela Constituição: de um lado, o estabelecimento da diretriz da descentralização das ações e serviços de saúde com atendimento integral e direção única em cada esfera de governo, sob o princípio do acesso universal; de outro lado, a definição de um modelo de financiamento das políticas públicas em que a competência constitucional de tributar está centralizada na União¹¹:

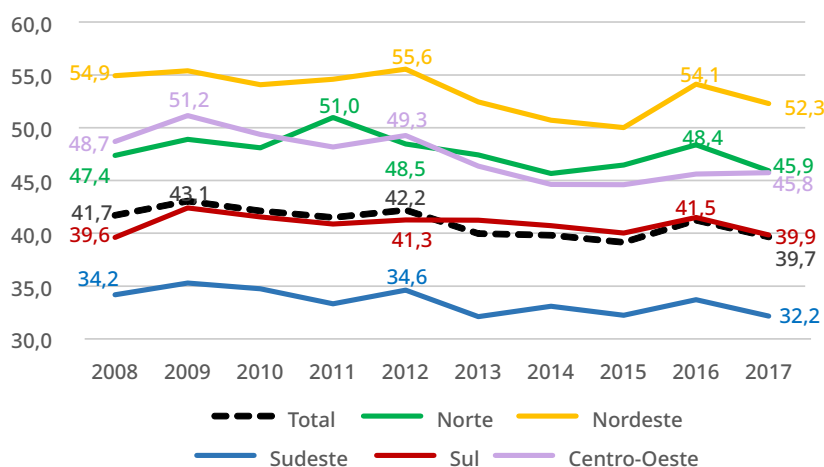
A participação da União na arrecadação tributária bruta permaneceu em torno de 67% e 69% no período 1994-2016 e a participação da esfera municipal de governo, mesmo tendo dobrado (de 3% para 6%), permaneceu pequena nesse período, ao mesmo tempo em que houve um decréscimo da esfera estadual (de quase 30% para pouco mais de 25%).

Considerando a receita disponível (conceito que expressa a receita de cada ente da federação após as transferências intergovernamentais), os recursos ainda permanecem centralizados na União. Afonso e Castro¹² identificaram, por exemplo, uma redução na participação da receita disponível na União e um crescimento na receita dos municípios entre 2008 e 2019 (respectivamente, de 56,5% para 54,1% e de 18,0% para 20,7%) e estabilidade das receitas estaduais (de 25,6% para 25,2%).

Nesse contexto, à luz da descentralização das políticas de saúde e, principalmente, do processo de municipalização do SUS, as transferências do FNS para os fundos estaduais e municipais representam uma fonte importante de financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) realizadas por essas esferas de governo^{III}. Funcia e Bresciani¹⁴ identificaram que a participação das transferências intergovernamentais no financiamento do SUS dos municípios é uma fonte significativa, que varia conforme a região do país e apresentou queda entre 2011 e 2017. Os dados do SIOPS de 2008 a 2017 utilizados para estimar as despesas nas subfunções da saúde mostram o mesmo resultado, com redução média de 41,7% para 39,7% e queda em todas as regiões entre 2 e 3 pontos percentuais, com exceção da região Sul, que ficou relativamente estável no período (gráfico 1).

III A importância da fonte federal foi tratada de forma original pelo estudo de Silveira et al.¹³.

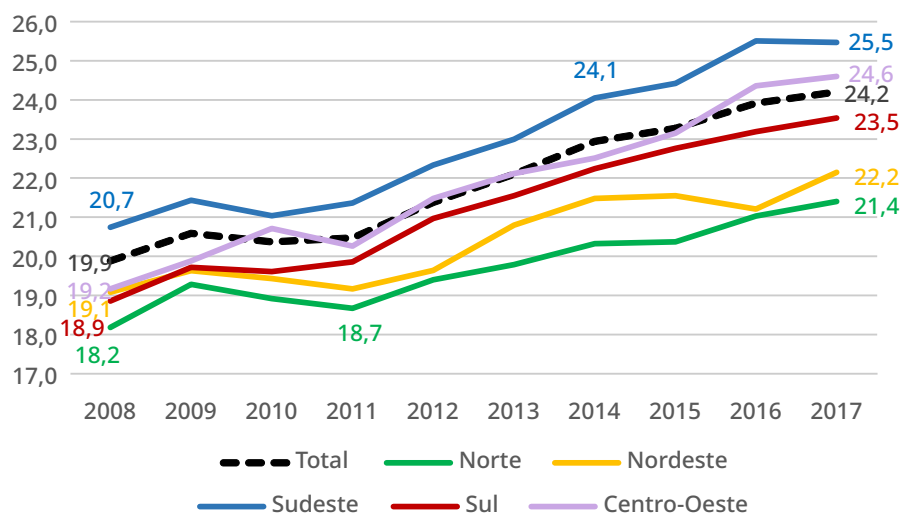
Gráfico 1. SUS (ASPS): Percentual da despesa municipal financiada por receita de transferência intergovernamental segundo região – 2008-2017



Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS. Dados disponíveis em <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/tabcgi.exe?SIOPS/serhist/municipio/mIndicadores.def>. Acesso em 03/11/2020.

A queda das transferências federais no financiamento tripartite do SUS tem como contrapartida o aumento da participação dos recursos próprios municipais, com percentuais de aplicação de receitas crescentes e muito acima do piso constitucional e legal vigente no período analisado (15% das receitas de impostos municipais e das transferências constitucionais e legais). O gráfico 2 revela também que os maiores percentuais médios de recursos próprios aplicados em ASPS foram observados na região Sudeste, onde foram registrados os menores percentuais de despesas financiadas por transferências federais (gráfico 1), enquanto os menores percentuais de receitas aplicados em ASPS são dos municípios das regiões Norte e Nordeste (gráfico 2).

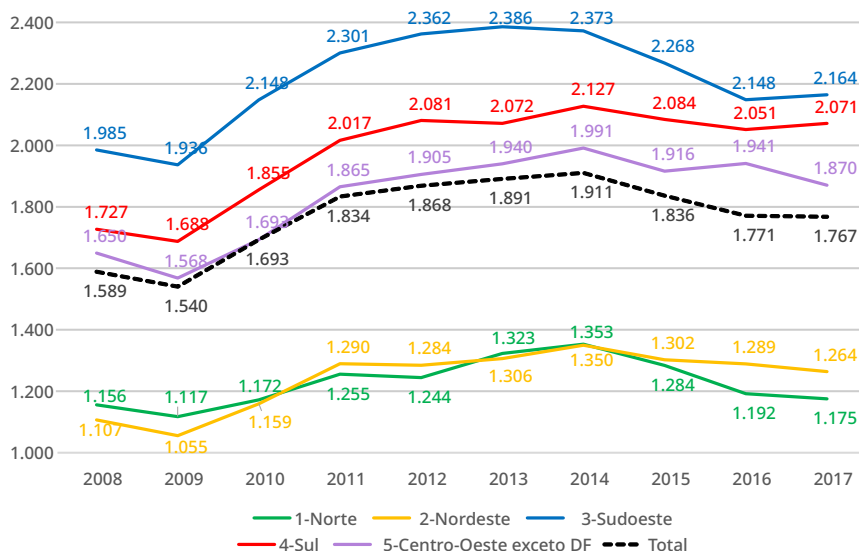
Gráfico 2. SUS: % Recursos próprios municipais aplicados em ASPS – 2008-2017



Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS. Dados disponíveis em <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/tabcgi.exe?SIOPS/serhist/municipio/mIndicadores.def>. Acesso em 03/11/2020.

O gráfico 3 revela a enorme disparidade entre as regiões das receitas municipais de impostos e transferências constitucionais e legais, sobre as quais incide a vinculação de recursos a partir de 2000⁸. Essa situação reflete as diferenças socioeconômicas regionais que condicionam a capacidade de arrecadar tributos sobre a propriedade, como o IPTU, e de participar da geração de receitas de impostos sobre serviços (ISS) e sobre o consumo (ICMS), este último arrecadado pelos estados e distribuído aos municípios em forma de cota-parte. Note-se que os municípios das regiões Norte e Nordeste aplicam percentuais de receita inferiores, incidentes sobre receitas per capita também bastante inferiores à média (gráfico 3).

Gráfico 3. Receita per capita de impostos e transferências dos municípios – 2008-2017



Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS. Dados disponíveis em <<http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/tabcgi.exe?SIOPS/serhist/municipio/mIndicadores.def>>. Acesso em 03/11/2020.

Dessa forma, é possível afirmar que os critérios de rateio para a definição dos valores a serem transferidos têm grande relevância no financiamento do SUS, pois teriam também o papel de compensar as disparidades das receitas arrecadadas entre os entes federados. A Lei Complementar nº 141/2012⁷ estabeleceu que caberia à CIT e às Comissões Intergestores Bipartite (CIB) pactuarem esses critérios, respectivamente, para: i) as transferências do FNS aos fundos estaduais e municipais; e ii) as transferências dos fundos estaduais de saúde para os fundos municipais, em deliberação que é de competência dos respectivos conselhos de saúde.

Entretanto, quanto às transferências federais, essa pactuação ainda não ocorreu no âmbito da CIT, exceto no que se refere à criação de dois blocos de financiamento – inicialmente custeio e investimento até 2019^{IV} e manutenção e estruturação a partir de 2020^V – que buscou flexibilizar a movimentação financeira^{VI}, em substituição aos seis

IV Conforme Portaria nº 3.992, de 2017¹⁵.

V Conforme Portaria nº 828, de 2020¹⁶.

VI Cabe ressaltar que a flexibilização da movimentação financeira dos estados e municípios foi acompanhada da seguinte exigência: a execução orçamentária e financeira das despesas financiadas com recursos dessas transferências deve obedecer à classificação das subfunções orçamentárias adotadas pelo Fundo Nacional de Saúde e as metas pactuadas na CIT, entretanto, esse novo critério de transferência dos recursos não foi submetido à deliberação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) como determina a Lei Complementar nº 141/2012⁷.

blocos de financiamento estabelecidos pela Portaria nº 204/2007 do Ministério da Saúde (atenção básica^{VII}, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, gestão e investimento).

Uma das possíveis dificuldades para uma revisão estrutural dos critérios de transferência de recursos está relacionada à queda em termos reais de 10% da receita primária federal^{VIII} no período imediatamente após o início da vigência da Lei Complementar nº 141/2012⁷. Esse quadro foi agravado pelas novas regras da Emenda Constitucional nº 95/2016² que, a partir de 2018, estabeleceu um piso federal do SUS de 2018 a 2036, baseado no piso de 2017 e um teto de despesas primárias da União baseado nos valores pagos em 2016, ambos atualizados pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE). Essa foi a solução constitucional adotada pelo governo federal para a crise fiscal a partir de 2017, que, na prática, inviabiliza a alocação adicional de recursos para o financiamento das políticas sociais.

Em resumo, no caso do SUS, a Emenda Constitucional nº 95/2016² estrangulou seu processo de financiamento, tanto pela redução do piso per capita, como pelo teto da despesa geral da União (restrições orçamentárias para a aplicação efetiva de recursos), o que impediu a implementação de novos critérios de transferências fundo a fundo, que garantisse que cada ente não perderia recursos em uma eventual mudança^{IX}.

Essa alternativa para superar a crise fiscal na verdade agravou o processo de subfinanciamento crônico do SUS, consensualmente caracterizado pelos especialistas em economia da saúde como uma situação na qual os recursos são insuficientes para o cumprimento do mandamento constitucional de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”^X. À guisa de exemplo, segundo a OMS, em 2018, os gastos públicos consolidados das três esferas de governo representaram 4,0% do PIB no Brasil, muito abaixo de outros

VII É importante ressaltar que a CIT pactuou um novo modelo de financiamento da atenção básica (ou atenção primária pela nova denominação governamental) pela Portaria nº 2.979/2019, que extinguiu o Piso de Atenção Básica (PAB), cujo valor per capita considerava toda a população dos municípios para implementar o critério de transferência segundo o número de usuários cadastrados pelas equipes de saúde da família, denominado de capitação ponderada. Essa alteração não foi submetida à aprovação do Conselho Nacional de Saúde, conforme disciplina a Lei Complementar nº 141/2012⁷.

VIII Considerando cálculo dos autores para a variação real entre as receitas primárias de 2013 e 2017, a preços de 2020, a partir dos dados disponíveis em <https://www.gov.br/tesouronacional/pt-br/estatisticas-fiscais-e-planejamento/resulta-do-do-tesouro-nacional-rtn>. (Acesso em outubro/2021).

IX Estudo do COSEMS-SP (2019) identificou um processo de ganhos e perdas entre os municípios brasileiros em decorrência da implementação plena da Portaria nº 2.979/2019 a partir de 2021. Neste caso, não houve alocação de recursos adicionais para impedir que houvesse perda para uma parte dos municípios com a mudança de critério. A impossibilidade da alocação de recursos adicionais para o SUS está diretamente relacionada ao ajuste fiscal focado na redução das despesas primárias adotado pelo governo federal, como analisou Pinto¹⁷.

X Ver a respeito Marques et al.¹⁸.

países da América do Sul ou da OCDE, sejam aqueles que contam com acesso universal ao sistema de saúde, como o Reino Unido (7,6% do PIB) ou o Canadá (7,9%) ou de acesso restrito, como os EUA (8,5%) ou outros países selecionados (tabela 1).

Tabela 1. Gasto Público em Saúde em países selecionados, 2018

País ¹	Gasto Público com Saúde em % do PIB	Gasto público per capita com Saúde em dólar \$ PPP ²	Gasto Público com Saúde em % do Gasto Total do Governo
Alemanha	8,9	4.737	20,0
Argentina	5,9	1.222	15,2
Brasil	4,0	638	10,3
Canadá	7,9	3.822	19,5
Chile	4,6	1.172	18,3
Coreia do Sul	4,4	1.879	14,0
Espanha	6,3	2.518	15,2
Estados Unidos	8,5	5.356	22,5
Itália	6,4	2.678	13,2
Portugal	5,8	1.992	13,4
Reino Unido	7,9	3.631	19,2

Fonte: elaboração própria a partir da OMS, dados disponíveis em <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/em>.

(1) Nem todos os países possuem sistemas universais de saúde.

(2) Paridade do Poder de Compra.

Por fim, considerando a importância da participação federal no financiamento do SUS, enquanto proporção do PIB, durante a maior parte deste século, essa participação ficou estagnada em torno da faixa de 1,6% a 1,7% do PIB. Como consequência, verifica-se uma participação crescente no financiamento por parte dos governos estaduais e municipais, e esta, por sua vez, está limitada pela reduzida competência de tributar, conforme analisado anteriormente^{19,20}.

Nesses termos, é possível caracterizar que a descentralização das políticas de saúde tem sido restringida pelo processo de subfinanciamento do SUS, o que, por sua vez, guarda relação direta com a centralização da arrecadação na União, decorrente das definições constitucionais, tanto da competência de tributar em cada esfera de

governo, quanto da receita disponível apurada após a ocorrência das transferências intergovernamentais.

Essa situação é reveladora da situação dos estados e, principalmente, dos municípios como os ‘elos fracos’ do pacto federativo quanto à autonomia da capacidade de financiamento das políticas públicas em geral e, dessa forma, as transferências fundo a fundo no âmbito do SUS são fundamentais para o financiamento da política de saúde nas esferas subnacionais. Assim sendo, os aspectos anteriormente analisados representam fatores condicionantes da eficiência do SUS.

A legislação de finanças públicas como condicionante para o planejamento e a execução orçamentária e financeira do SUS e, conseqüentemente, para a melhoria do gasto

A legislação das finanças públicas estabeleceu a exigência do cumprimento de obrigações e limites por ente da federação, tanto da formulação do planejamento e execução orçamentária e financeira, quanto de índices de gestão fiscal responsável – com limites diferenciados entre os poderes da República e por esfera de governo, bem como exigências mais flexíveis para municípios com população abaixo de 50 mil habitantes²¹.

A regra básica no setor público brasileiro é que os gestores podem fazer somente o que a Lei autoriza, enquanto no setor privado é permitido fazer o que a lei não proíbe, o que expressa o significado do princípio da legalidade de Celso Antonio Bandeira de Melo, citado por Di Pietro²².

O planejamento e a execução orçamentária e financeira do SUS estão subordinados às regras estabelecidas pela Constituição Federal, pela legislação das finanças públicas e das licitações para contratos e compras públicas e pela legislação específica do SUS. Nesses termos, além da Constituição Federal, o marco legal e infralegal do SUS é formado pelas seguintes normas:

- i) finanças públicas brasileiras: Lei Complementar nº 101/2000²³ e Lei Complementar nº 131/2009²⁴ (Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF); Lei Federal nº 4.320/1964²⁵; Portaria MPOG nº 42/1999²⁶; Portaria Interministerial SOF/STN nº 163/2001²⁷ (e respectivas atualizações); e Lei nº 8.666/1993²⁸ e outras que disciplinam as compras e contratos públicos;
- ii) SUS: Lei Federal nº 8.080/1990²⁹; Lei Federal nº 8.142/1990⁶; Emenda Constitucional nº 29/2000⁸; Decreto nº 7.508/2011³⁰; Lei Complementar nº 141/2012⁷; Portaria de Consolidação nº 6/2017¹⁰;

- iii) execução orçamentária obrigatória das despesas oriundas de emendas parlamentares (individuais e de bancada) vinculadas à saúde: Emenda Constitucional nº 86/2015⁹ e Emenda Constitucional nº 100/2019³¹.

As regras gerais e específicas para o processo de planejamento e execução orçamentária e financeira do SUS têm potencializado as contradições de um modelo de gestão descentralizado e com participação da comunidade dentro de espaços governamentais, cujo funcionamento da ‘máquina administrativa’ é compatível com decisões centralizadas e hierarquizadas. Da mesma forma, com exceção dos consórcios de municípios, a operacionalização da gestão do SUS por regiões de saúde não está prevista na legislação de finanças públicas, o que pode comprometer a eficiência da regionalização pela inexistência de um ente responsável pela implementação da política de saúde no nível supramunicipal, além das dificuldades de cooperação intermunicipal em um ambiente de concorrência política e de grandes disparidades quanto à arrecadação tributária, capacidade de gestão e capacidade instalada de serviços de saúde nos municípios.

É nesse cenário que se inserem os instrumentos de planejamento do setor público brasileiro: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA). Esses instrumentos estão integrados entre si, de modo que nada pode constar na LOA que não tenha sido priorizado na LDO de cada ano, bem como nada pode constar na LDO anual que não tenha sido concebido no PPA quadrienal. No entanto, o processo de elaboração de cada um deles ocorre de forma individualizada em cada ente da federação, inexistindo uma articulação federativa do processo de planejamento das políticas públicas.

No caso do SUS, segundo a Lei Complementar nº 141⁷, o processo de planejamento deveria ser ascendente (do municipal para o regional, deste para o estadual e deste para o federal), com diretrizes deliberadas nas respectivas conferências de saúde para referenciar a elaboração dos respectivos Planos de Saúde (quadrienais) e Programações Anuais de Saúde, que servem de referência para a elaboração do capítulo saúde nos citados instrumentos de planejamento do setor público brasileiro. A gestão do SUS se insere também nos princípios da gestão fiscal responsável da receita, da despesa e da dívida pública estabelecidos pela Lei Complementar nº 101/2000²³ (LRF), os quais devem estar combinados com os ditames da Lei Complementar nº 141⁷.

Paralelamente, a Emenda Constitucional nº 86/2015⁹ estabeleceu a execução orçamentária obrigatória para as despesas oriundas das emendas parlamentares in-

dividuais, equivalente a 0,6% da Receita Corrente Líquida da União^{XI}. Com isso, houve um aumento da participação das despesas com emendas parlamentares em relação às despesas federais totais com ASPS passando de um patamar inferior a 2% antes de 2015 para 8,0% em 2017²⁰.

Como tais despesas integram o cálculo da aplicação mínima legal em saúde, seu crescimento em relação ao orçamento ASPS total do MS representou, na prática, a substituição parcial da programação em saúde pactuada de forma tripartite e baseada no processo de monitoramento e avaliação das ações planejadas para o atendimento às necessidades de saúde da população pelo critério político da garantia da governabilidade e do atendimento às demandas particulares de natureza eleitoral.

Contudo, esse aumento da participação das despesas oriundas de emendas parlamentares no orçamento tem ocorrido sem mecanismos regulamentadores efetivos para que seja compatível com o Plano Nacional de Saúde. Este, por sua vez, deve expressar as diretrizes aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde e servir de referência para a elaboração do capítulo saúde do PPA, debatido e aprovado pelo Congresso Nacional (portanto, pelos deputados federais e senadores). Nessa perspectiva, a qualidade do gasto do SUS envolve também outros aspectos não diretamente relacionados com a gestão tripartite.

Nesses termos, a combinação da gestão fiscal responsável do setor público brasileiro com a crescente participação do critério político na execução das despesas orçamentárias do Ministério da Saúde condiciona a gestão do SUS, muitas vezes restringindo a capacidade de atendimento às necessidades de saúde da população ao reduzir a quantidade de recursos sujeita ao processo de planejamento federal e partilhado entre os entes federados conforme os programas e políticas pactuados de forma tripartite.

Um dos aspectos dessa combinação legal envolve o equilíbrio econômico-financeiro de cada ente, que requer o estabelecimento de metas bimestrais de arrecadação e mensais de pagamentos de despesas. Se houver frustração de receita em relação às metas bimestrais, será necessário restringir a liberação de recursos para empenhos e pagamentos (contingenciamento), ou até mesmo reduzir empenhos realizados ainda pendentes de execução. As regras para essas restrições devem constar da LDO, sendo que esse contingenciamento não pode ocorrer nas despesas com juros e amortização da dívida pública, nem tornar disponível para empenho recursos orçamentários e financeiros

XI É oportuno destacar que, posteriormente, a Emenda Constitucional nº 100/2019³¹ ampliou a obrigatoriedade da execução orçamentária das emendas parlamentares, desta vez com a inclusão das emendas de bancada (de parlamentares de Estado ou do Distrito Federal).

abaixo da aplicação mínima constitucional/legal em saúde. Esse aspecto restritivo para o financiamento do SUS foi ampliado com o teto das despesas primárias estabelecido pela Emenda Constitucional nº 95/2016².

O PPA deve conter as despesas de capital e as despesas correntes delas derivadas, enquanto as contratações de despesas de caráter continuado (cuja exigência de execução é superior a 24 meses) requerem a realização de estudos de capacidade técnica e financeira. No caso dessas despesas serem de pessoal, é preciso observar também os limites legais (total e prudencial) diferenciados para as contratações nas três esferas de governo, sendo que tais limites não são setoriais, mas, sim, para o conjunto do ente em cada esfera – situação idêntica ocorre para os limites de endividamento, de contratação anual de operações de crédito e de pagamento de juros e encargos da dívida pública.

Desta forma, a realização de investimentos em unidades de saúde e a contratação de pessoal para adequar as equipes de saúde de modo a garantir o atendimento da população de forma eficiente estão condicionadas pelos limites da gestão fiscal responsável.

Os desafios da alocação de recursos orçamentários e financeiros na perspectiva da gestão regionalizada do SUS: análise da despesa por macrorregião de saúde

A organização da rede regionalizada de atenção à saúde é um dos principais desafios do SUS devido ao desenho do sistema federativo brasileiro, que exige um esforço de coordenação para compartilhamento dos serviços de atenção à saúde entre os diferentes níveis de governo. A concentração dos equipamentos e dos serviços hospitalares e ambulatoriais, principalmente nas grandes cidades, demanda o compartilhamento de serviços para melhoria da eficiência na utilização dos recursos, dadas as escalas mínimas dos serviços e a distribuição da população no território. A organização do SUS em macrorregiões^{XII} e redes busca responder a essa necessidade e os avanços obtidos nas últimas décadas ocorreram de forma bastante diferenciada entre os entes federados³²⁻³⁴.

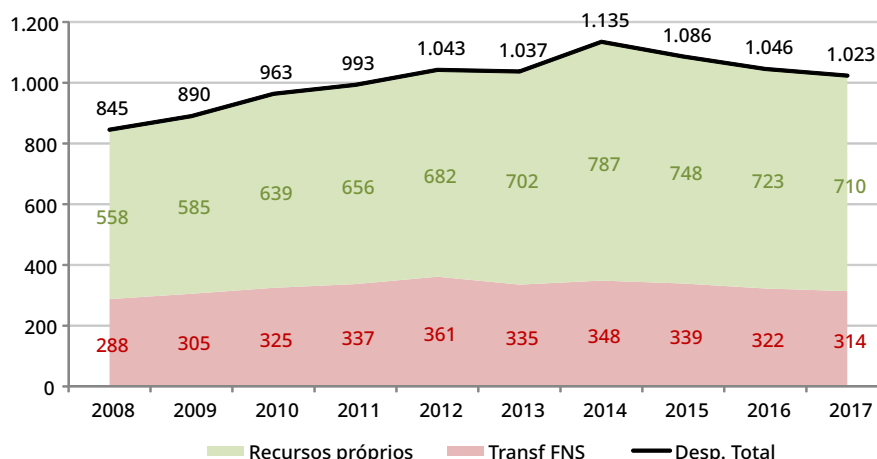
O estudo sobre o financiamento do SUS nos diferentes níveis territoriais exige que sejam considerados os recursos aplicados pelas três esferas de governo, e dadas as características da organização da assistência especializada, em nível hospitalar e ambulatorial, que sejam considerados os recursos disponíveis por UF e por macrorregião de saúde.

XII Segundo o decreto 7.508, de 2011, as macrorregiões de saúde são “o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”³⁰.

Despesas estaduais e municipais nas subfunções da saúde e transferências intergovernamentais do FNS de 2008 a 2017

As despesas estimadas nas subfunções da saúde^{XIII} aplicadas nos estados e municípios apresentaram crescimento até 2014, chegando a R\$ 1.135 por habitante em valores atualizados para 2017^{XIV}. A queda a partir de 2014 ocorre em ambas as fontes de financiamento, transferências do FNS e recursos próprios (gráfico 4).

Gráfico 4. Estimativa das despesas estaduais e municipais em Ações e Serviços Públicos de Saúde nas subfunções da saúde, valor por habitante, 2008-2017 (em R\$ de 2017)



Fonte: elaboração própria. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Nota: 1) a despesa com recursos próprios foi estimada pela diferença entre a despesa total liquidada dos estados e municípios estimadas para as subfunções da saúde e as transferências financeiras do FNS; 2) O estágio da despesa utilizado foi o da liquidação para permitir a subtração dos recursos transferidos pelo FNS, o que permitiu representar a parcela da despesa financiada por recursos transferidos em relação às despesas com ações e serviços efetivamente realizados no ano; 3) valores atualizados para 2017 pela variação média anual do IPCA.

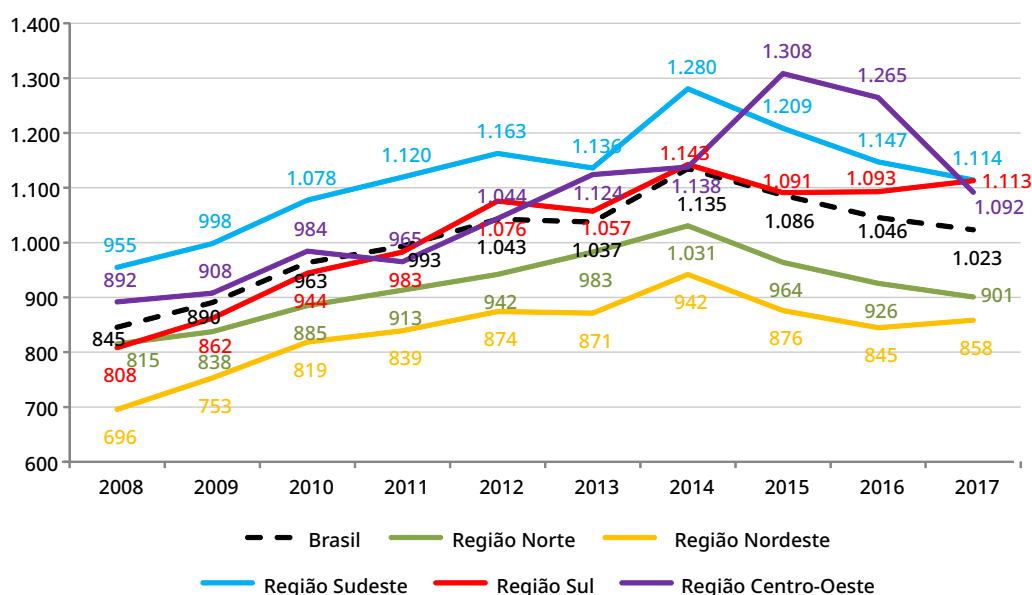
A despesa de estados e municípios por habitante aumentou até 2014 e passou a cair a partir de então em todas as regiões, com exceção da Centro-Oeste, que registrou

XIII A estimativa das despesas estaduais e municipais com ASPS apresentada nas tabelas e gráficos da seção 2 corresponde às despesas nas subfunções da saúde, ou seja, não inclui as despesas nas subfunções administrativas ou complementares. A metodologia utilizada para obter esses valores a partir dos dados do SIOPS e do FNS está descrita no apêndice 1 do capítulo 7 deste livro³.

XIV Os valores apresentados nesta seção foram atualizados para preços de 2017 pela variação média anual do IPCA, que foi de 71,51% para 2008, 63,51% para 2009, 55,67% para 2010, 45,98% para 2011, 38,50% para 2012, 30,41% para 2013, 22,64% para 2014, 12,49% para 2015 e 3,45% para 2016.

queda a partir de 2015. Considerando o período de 2008 a 2017, o aumento real da despesa para o conjunto do país foi de 21%, com percentuais que variaram de 11% na região Norte a 38% na região Sul. Essa maior variação percentual verificada na região Sul explica a mudança da sua posição relativa em 2017, passando de R\$ 808 a R\$ 1.113, acima da média do país (R\$ 1.023). A região Nordeste registrou aumento de 23%, acima da média nacional, mas ainda registra o menor valor por habitante em 2017 (gráfico 5).

Gráfico 5. Estimativa das despesas estaduais e municipais em Ações e Serviços Públicos de Saúde nas subfunções da saúde, por região, valor por habitante, 2008-2017 (em R\$ de 2017)

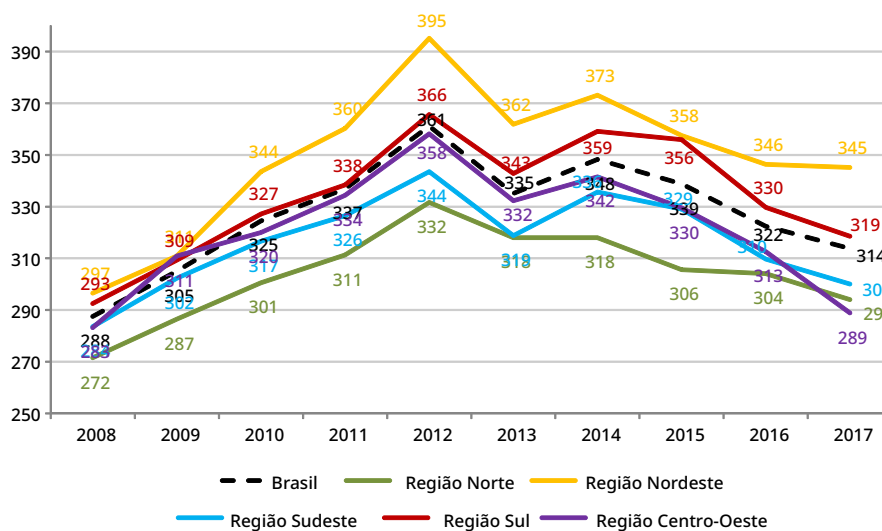


Fonte: SIOPS e FNS. Elaboração própria.

Nota: 1) a despesa com recursos próprios foi estimada pela diferença entre a despesa total liquidada nos estados e municípios e as transferências financeiras do FNS; 2) valores atualizados para 2017 pela variação anual do IPCA.

As transferências do FNS em valores por habitante registraram aumento real até 2012 em todas as regiões, com redução a partir desse ano. No agregado para o país, o aumento real no período estudado foi de 9%, sendo maior na região Nordeste, onde chegou a 16%, e menor na região Centro-Oeste, de 2% (gráfico 6).

Gráfico 6. Transferências do FNS para estados e municípios, valor por habitante, por região, 2008-2017 (em R\$ de 2017)

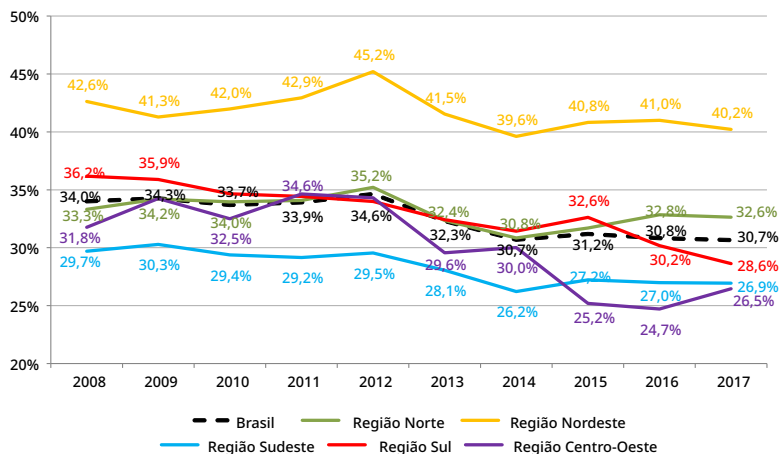


Fonte: FNS. Elaboração própria.

Nota: valores atualizados para 2017 pela variação anual do IPCA.

A queda na receita da União apontada na seção 1 pode ser um dos fatores explicativos da redução da participação das transferências do FNS para os entes subnacionais – consolidado por região e Brasil (gráfico 7).

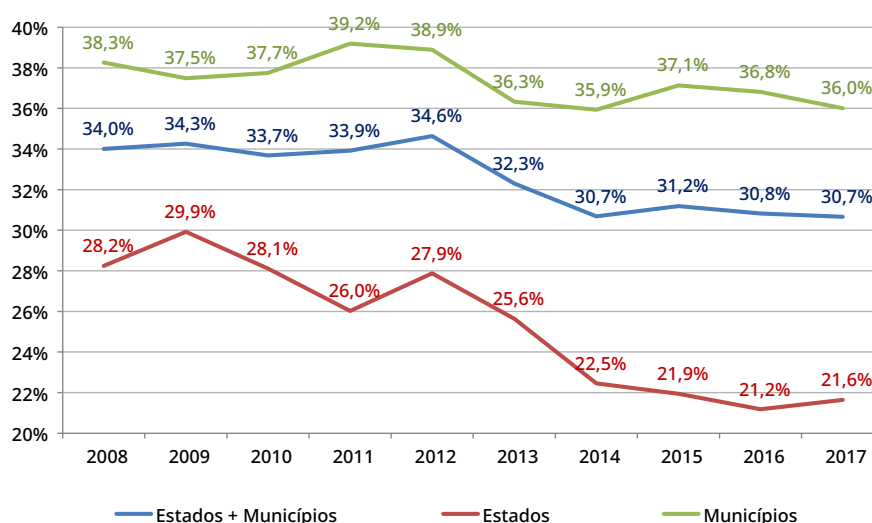
Gráfico 7. Percentual das despesas estaduais e municipais com ASPS financiada por transferências do FNS em relação à despesa total estimada nas subfunções da saúde, segundo região, 2008-2017



Fonte: SIOPS e FNS. Elaboração própria.

O percentual das despesas financiadas por transferências do FNS foi reduzido no período estudado tanto para os governos estaduais quanto para os municipais (gráfico 8). Destaca-se que parte dessa queda se deve à centralização das compras de medicamentos^{XV} pelo Ministério da Saúde entre 2011 e 2013, o que reduz o valor transferido para os governos estaduais ao longo desse período e aumenta a despesa executada diretamente pelo Ministério da Saúde, na modalidade de aplicação 90 – aplicações diretas.

Gráfico 8. Percentual das despesas estaduais e municipais financiada por transferências do FNS em relação à despesa total estimada, segundo esfera de governo, 2008-2017



Fonte: SIOPS e FNS. Elaboração própria.

Despesas estaduais e municipais nas subfunções da saúde e transferências intergovernamentais do FNS por macrorregião de saúde em 2008 e 2017

As tabelas 2 a 6 apresentam as estimativas das despesas estaduais e municipais liquidadas nas subfunções da saúde e as transferências do FNS por habitante nos anos de 2008 e 2017, além das proporções dessas transferências no financiamento das despesas em ASPS. Os dados apresentados são o total Brasil, o valor em cada UF e em suas macrorregiões de saúde. A metodologia de estimação das despesas das subfunções da saúde é descrita no apêndice 1 do capítulo 7 deste livro³.

XV A partir de 2011, o MS centralizou a aquisição de medicamentos do componente especializado, da ação orçamentária 4705³⁵.

Tabela 2. Despesas Liquidadas de Estados e Municípios estimadas para as subfunções da saúde e Transferências do FNS, por UF e Macrorregião, Região Norte

Região / UF / Macrorregião	Despesa por Habitante em R\$ de 2017			Transferências do FNS em R\$ de 2017			% da despesa financiada por Transf. do FNS	
	2008	2017	Variação real (%)	2008	2017	Variação real (%)	2008	2017
Brasil	845	1.023	21%	288	314	9%	34,0%	30,7%
Região Norte	815	901	11%	272	294	8%	33,3%	32,6%
<i>Rondônia</i>	<i>805</i>	<i>1.021</i>	<i>27%</i>	<i>290</i>	<i>325</i>	<i>12%</i>	<i>36,0%</i>	<i>31,8%</i>
Macrorregional II (Cacoal)	505	665	32%	231	255	10%	45,8%	38,3%
Macrorregião I - Porto Velho	1.088	1.314	21%	345	383	11%	31,7%	29,1%
<i>Acre</i>	<i>1.305</i>	<i>1.353</i>	<i>4%</i>	<i>329</i>	<i>416</i>	<i>27%</i>	<i>25,2%</i>	<i>30,8%</i>
<i>Amazonas</i>	<i>959</i>	<i>887</i>	<i>-7%</i>	<i>270</i>	<i>252</i>	<i>-7%</i>	<i>28,2%</i>	<i>28,4%</i>
Oeste	525	475	-9%	232	207	-11%	44,2%	43,6%
Leste	511	422	-18%	219	192	-12%	42,8%	45,6%
Central	1.140	1.057	-7%	289	272	-6%	25,3%	25,7%
<i>Roraima</i>	<i>1.384</i>	<i>1.537</i>	<i>11%</i>	<i>315</i>	<i>479</i>	<i>52%</i>	<i>22,8%</i>	<i>31,2%</i>
<i>Pará</i>	<i>587</i>	<i>704</i>	<i>20%</i>	<i>243</i>	<i>248</i>	<i>2%</i>	<i>41,5%</i>	<i>35,3%</i>
Macrorregional IV	658	745	13%	230	231	0%	35,0%	31,0%
Macrorregional III	645	900	39%	215	266	23%	33,4%	29,5%
Macrorregional II	643	607	-6%	238	242	2%	36,9%	39,8%
Macrorregional I	503	658	31%	263	254	-4%	52,3%	38,6%
<i>Amapá</i>	<i>1.129</i>	<i>919</i>	<i>-19%</i>	<i>303</i>	<i>297</i>	<i>-2%</i>	<i>26,9%</i>	<i>32,4%</i>
<i>Tocantins</i>	<i>1.163</i>	<i>1.394</i>	<i>20%</i>	<i>355</i>	<i>487</i>	<i>37%</i>	<i>30,5%</i>	<i>34,9%</i>
Macrorregião Norte	1.122	1.242	11%	350	458	31%	31,2%	36,9%
Macrorregião Centro-Sul	1.193	1.509	26%	358	509	42%	30,0%	33,7%

Fonte: SIOPS e FNS. Elaboração dos autores.

Tabela 3. Despesas Liquidadas de Estados e Municípios estimadas para as subfunções da saúde e Transferências do FNS, por UF e Macrorregião, Região Nordeste

Região / UF / Macrorregião	Despesa por Habitante em R\$ de 2017			Transferências do FNS em R\$ de 2017			% da despesa financiada por Transf. do FNS	
	2008	2017	Variação real (%)	2008	2017	Variação real (%)	2008	2017
Brasil	845	1.023	21%	288	314	9%	34,0%	30,7%
Região Nordeste	696	858	23%	297	345	16%	42,6%	40,2%
Maranhão	608	735	21%	286	322	12%	47,1%	43,8%
Macrorregião Sul	518	740	43%	281	322	14%	54,4%	43,4%
Macrorregião Norte	631	753	19%	280	315	13%	44,3%	41,8%
Macrorregião Leste	624	685	10%	307	342	11%	49,2%	49,9%
Piauí	717	1.039	45%	341	475	39%	47,5%	45,7%
Semiárido	568	935	65%	264	475	80%	46,5%	50,8%
Meio Norte	762	1.279	68%	419	543	30%	55,0%	42,4%
Litoral	678	633	-7%	271	350	29%	40,0%	55,2%
Cerrados	806	1.044	30%	318	459	44%	39,5%	44,0%
Ceará	679	870	28%	291	346	19%	42,9%	39,8%
5ª Macro – Litoral Leste / Jaguaribe	384	629	64%	196	271	38%	51,2%	43,1%
4ª Macro – Sertão Central	482	617	28%	234	289	24%	48,5%	46,9%
3ª Macro - Cariri	474	834	76%	275	381	39%	58,1%	45,7%
2ª Macro - Sobral	541	838	55%	256	337	32%	47,3%	40,2%
1ª Macro - Fortaleza	858	955	11%	328	355	8%	38,3%	37,2%
Rio Grande Do Norte	935	972	4%	310	399	29%	33,1%	41,0%
Macrorregião II	890	989	11%	284	428	50%	31,9%	43,2%
Macrorregião I	951	966	2%	319	389	22%	33,5%	40,2%
Paraíba	736	889	21%	322	371	15%	43,7%	41,8%
Macrorregião III - Sertão/Alto Sertão	498	837	68%	234	360	54%	46,9%	43,0%

Região / UF / Macrorregião	Despesa por Habitante em R\$ de 2017			Transferências do FNS em R\$ de 2017			% da despesa financiada por Transf. do FNS	
	2008	2017	Variação real (%)	2008	2017	Variação real (%)	2008	2017
Macrorregião II - Campina Grande	479	762	59%	283	366	30%	59,0%	48,1%
Macrorregião I - João Pessoa	1.013	987	-3%	390	379	-3%	38,5%	38,4%
Pernambuco	724	928	28%	294	330	12%	40,6%	35,6%
Vale do São Francisco e Araripe	495	618	25%	218	249	14%	44,1%	40,3%
Sertão	554	583	5%	210	246	17%	37,9%	42,2%
Metropolitana	865	1.144	32%	343	380	11%	39,6%	33,3%
Agreste	485	594	23%	219	258	18%	45,2%	43,5%
Alagoas	682	896	31%	297	402	35%	43,6%	44,8%
2ª Macrorregião de Saúde	860	725	-16%	344	400	16%	39,9%	55,2%
1ª Macrorregião de Saúde	594	979	65%	275	402	46%	46,3%	41,1%
Sergipe	895	918	3%	324	347	7%	36,2%	37,8%
Bahia	635	775	22%	283	305	8%	44,5%	39,4%
Sul (NBS - Ilhéus)	701	702	0%	315	305	-3%	44,9%	43,5%
Sudoeste (NBS - Vitória da Conquista)	676	719	6%	293	319	9%	43,3%	44,3%
Oeste (NBS - Barreiras)	727	780	7%	259	286	10%	35,6%	36,6%
Norte - (NRS - Juazeiro)	554	612	10%	243	273	12%	43,9%	44,7%
Nordeste (NRS - Alagoinhas)	476	532	12%	192	206	7%	40,4%	38,7%
Leste - (NRS - Salvador)	601	1.029	71%	298	362	21%	49,6%	35,2%
Extremo Sul (NRS - Teixeira de Freitas)	550	633	15%	274	295	7%	49,9%	46,5%
Centro-Leste (NRS - Feira de Santana)	687	609	-11%	290	261	-10%	42,2%	42,8%
Centro - Norte (NRS - Jacobina)	715	636	-11%	265	249	-6%	37,1%	39,1%

Fonte: SIOPS e FNS. Elaboração dos autores.

Tabela 4. Despesas Liquidadas de Estados e Municípios estimadas para as subfunções da saúde e Transferências do FNS, por UF e Macrorregião, Região Sudeste

Região / UF / Macrorregião	Despesa por Habitante em R\$ de 2017			Transferências do FNS em R\$ de 2017			% da despesa financiada por Transf. do FNS	
	2008	2017	Variação real (%)	2008	2017	Variação real (%)	2008	2017
Brasil	845	1.023	21%	288	314	9%	34,0%	30,7%
Região Sudeste	955	1.114	17%	284	300	6%	29,7%	26,9%
Minas Gerais	847	958	13%	273	327	20%	32,2%	34,1%
Macrorregião Triângulo do Sul	784	793	1%	225	250	11%	28,7%	31,6%
Macrorregião Triângulo do Norte	979	819	-16%	265	257	-3%	27,1%	31,4%
Macrorregião Sul	518	740	43%	281	322	14%	54,4%	43,4%
Macrorregião Sudeste	1.154	1.149	0%	379	370	-2%	32,8%	32,2%
Macrorregião Oeste	720	945	31%	228	287	26%	31,7%	30,4%
Macrorregião Norte	631	753	19%	280	315	13%	44,3%	41,8%
Macrorregião Noroeste	629	926	47%	182	272	50%	29,0%	29,4%
Macrorregião Nordeste	569	714	25%	210	312	48%	36,9%	43,7%
Macrorregião Leste do Sul	641	775	21%	242	317	31%	37,8%	40,8%
Macrorregião Leste	624	685	10%	307	342	11%	49,2%	49,9%
Macrorregião Jequitinhonha	708	1.001	41%	204	306	50%	28,9%	30,6%
Macrorregião Centro-Sul	669	805	20%	257	305	19%	38,4%	38,0%
Macrorregião Centro	882	1.020	16%	301	356	18%	34,2%	34,9%
Espírito Santo	884	1.029	16%	284	285	0%	32,1%	27,7%
Sul	888	1.189	34%	299	288	-3%	33,6%	24,2%
Norte	576	703	22%	193	204	5%	33,5%	29,0%
Metropolitana	865	1.144	32%	343	380	11%	39,6%	33,3%
Central	1.140	1.057	-7%	289	272	-6%	25,3%	25,7%
Rio de Janeiro	810	1.070	32%	266	311	17%	32,8%	29,0%
Macrorregião III	1.657	1.186	-28%	312	310	-1%	18,8%	26,1%

Região / UF / Macrorregião	Despesa por Habitante em R\$ de 2017			Transferências do FNS em R\$ de 2017			% da despesa financiada por Transf. do FNS	
	2008	2017	Variação real (%)	2008	2017	Variação real (%)	2008	2017
Macrorregião II	890	989	11%	284	428	50%	31,9%	43,2%
Macrorregião I	951	966	2%	319	389	22%	33,5%	40,2%
São Paulo	1.070	1.211	13%	296	285	-4%	27,7%	23,5%
RRAS9	1.358	1.633	20%	365	400	10%	26,8%	24,5%
RRAS8	1.070	1.014	-5%	320	241	-25%	29,9%	23,8%
RRAS7	883	1.031	17%	260	259	0%	29,5%	25,1%
RRAS6	1.231	1.370	11%	337	303	-10%	27,3%	22,1%
RRAS5	752	1.073	43%	157	162	3%	20,8%	15,1%
RRAS4	712	926	30%	182	202	11%	25,6%	21,9%
RRAS3	718	615	-14%	217	167	-23%	30,2%	27,1%
RRAS2	846	811	-4%	261	191	-27%	30,9%	23,5%
RRAS17	881	1.173	33%	223	254	14%	25,3%	21,7%
RRAS16	783	1.105	41%	211	211	0%	27,0%	19,1%
RRAS15	1.212	1.226	1%	324	283	-13%	26,7%	23,1%
RRAS14	747	857	15%	259	238	-8%	34,7%	27,8%
RRAS13	1.153	1.363	18%	332	346	4%	28,7%	25,4%
RRAS12	1.237	1.623	31%	336	396	18%	27,2%	24,4%
RRAS11	1.178	1.395	18%	328	347	6%	27,9%	24,9%
RRAS10	1.300	1.157	-11%	424	356	-16%	32,6%	30,8%
RRAS1	883	998	13%	212	302	43%	24,0%	30,3%

Fonte: SIOPS e FNS. Elaboração dos autores.

Tabela 5. Despesas Liquidadas de Estados e Municípios estimadas para as subfunções da saúde e Transferências do FNS, por UF e Macrorregião, Região Sul

Região / UF / Macrorregião	Despesa por Habitante em R\$ de 2017			Transferências do FNS em R\$ de 2017			% da despesa financiada por Transf. do FNS	
	2008	2017	Variação real (%)	2008	2017	Variação real (%)	2008	2017
Brasil	845	1.023	21%	288	314	9%	34,0%	30,7%
Região Sul	808	1.113	38%	293	319	9%	36,2%	28,6%
Paraná	765	1.121	47%	299	349	17%	39,2%	31,1%
Macrorregional Norte	921	1.274	38%	395	437	11%	42,8%	34,3%
Macrorregional Noroeste	693	1.001	44%	272	344	26%	39,2%	34,3%
Macrorregional Leste	744	1.057	42%	289	324	12%	38,9%	30,6%
Macrorregião Oeste	720	945	31%	228	287	26%	31,7%	30,4%
Santa Catarina	886	1.167	32%	323	342	6%	36,5%	29,3%
Sul	888	1.189	34%	299	288	-3%	33,6%	24,2%
Planalto Norte e Nordeste	855	983	15%	314	257	-18%	36,7%	26,2%
Meio Oeste e Serra Catarinense	738	1.155	56%	243	344	42%	32,9%	29,7%
Grande Oeste	788	1.227	56%	282	396	41%	35,8%	32,3%
Grande Florianópolis	1.617	1.829	13%	563	405	-28%	34,8%	22,2%
Foz do Rio Itajaí	667	939	41%	248	294	19%	37,1%	31,3%
Alto Vale do Itajaí	682	913	34%	287	363	26%	42,1%	39,7%
Rio Grande Do Sul	808	1.071	33%	269	274	2%	33,3%	25,6%
Vales	705	935	33%	214	288	35%	30,3%	30,8%
Sul	888	1.189	34%	299	288	-3%	33,6%	24,2%
Serra	665	844	27%	215	251	17%	32,3%	29,8%
Norte	576	703	22%	193	204	5%	33,5%	29,0%
Missioneira	824	1.356	65%	241	300	24%	29,3%	22,2%
Metropolitana	865	1.144	32%	343	380	11%	39,6%	33,3%
Centro-Oeste	817	1.141	40%	221	207	-7%	27,1%	18,1%

Fonte: SIOPS e FNS. Elaboração dos autores.

Tabela 6. Despesas Liquidadas de Estados e Municípios estimadas para as subfunções da saúde e Transferências do FNS, por UF e Macrorregião, Região Centro-Oeste

Região / UF / Macrorregião	Despesa por Habitante em R\$ de 2017			Transferências do FNS em R\$ de 2017			% da despesa financiada por Transf. do FNS	
	2008	2017	Variação real (%)	2008	2017	Variação real (%)	2008	2017
Brasil	845	1.023	21%	288	314	9%	34,0%	30,7%
Região Centro-Oeste	892	1.092	22%	283	289	2%	31,8%	26,5%
<i>Mato Grosso do Sul</i>	<i>1.191</i>	<i>1.506</i>	<i>26%</i>	<i>342</i>	<i>331</i>	<i>-3%</i>	<i>28,7%</i>	<i>22,0%</i>
Três Lagoas	817	1.109	36%	223	285	28%	27,3%	25,7%
Dourados	926	1.182	28%	277	259	-6%	29,9%	21,9%
Corumbá	1.082	807	-25%	240	314	31%	22,1%	38,9%
Campo Grande	1.421	1.822	28%	411	381	-7%	28,9%	20,9%
<i>Mato Grosso</i>	<i>896</i>	<i>1.216</i>	<i>36%</i>	<i>302</i>	<i>306</i>	<i>1%</i>	<i>33,7%</i>	<i>25,1%</i>
Macrorregião Sul	518	740	43%	281	322	14%	54,4%	43,4%
Macrorregião Oeste	720	945	31%	228	287	26%	31,7%	30,4%
Macrorregião Norte	631	753	19%	280	315	13%	44,3%	41,8%
Macrorregião Leste	624	685	10%	307	342	11%	49,2%	49,9%
Macrorregião Centro-Norte	974	1.339	37%	353	375	6%	36,3%	28,0%
<i>Goiás</i>	<i>751</i>	<i>892</i>	<i>19%</i>	<i>271</i>	<i>293</i>	<i>8%</i>	<i>36,2%</i>	<i>32,9%</i>
Macrorregião Sudoeste	627	998	59%	169	233	38%	26,9%	23,3%
Macrorregião Nordeste	569	714	25%	210	312	48%	36,9%	43,7%
Macrorregião Centro-Oeste	1.080	1.324	23%	399	395	-1%	36,9%	29,9%
Macrorregião Centro-Norte	974	1.339	37%	353	375	6%	36,3%	28,0%
Macrorregião Centro Sudeste	552	613	11%	209	279	34%	37,9%	45,6%
<i>Distrito Federal</i>	<i>936</i>	<i>1.031</i>	<i>10%</i>	<i>235</i>	<i>223</i>	<i>-5%</i>	<i>25,1%</i>	<i>21,6%</i>

Fonte: SIOPS e FNS. Elaboração dos autores.

As despesas estaduais e municipais financiadas por transferências do FNS foram reduzidas de 34,0% em 2008 para 30,7% em 2017. Essa redução ocorreu em todas as regiões, mas de forma diferenciada, sendo a maior na região Sul, de 7,6 pontos percentuais, onde passou de 36,2% para 28,6%; e a menor na região Norte, onde passou de 33,3% para 32,6%. A maior participação das transferências do FNS nas despesas é a da região Nordeste, que passou de 42,6% em 2008 para 40,2% em 2017, e menor na Sudeste em 2008 (29,7%) e na Centro-Oeste em 2017 (26,5%).

Considerando as 27 UF, a maior e menor variação positiva de valores das despesas estaduais e municipais por habitante entre 2008 e 2017 por região foram: Norte (Rondônia 27% e Acre 4%); Nordeste (Piauí 45% e Sergipe 3%); Sudeste (Rio de Janeiro 32% e São Paulo/Minas Gerais 13%); Sul (Paraná 47% e Santa Catarina 32%); e Centro-Oeste (Mato Grosso 36% e Distrito Federal 10%). Duas UF, Amapá e Amazonas, apresentaram variações negativas (respectivamente, -19% e -7%) no período analisado.

Aumentou o percentual das despesas estaduais e municipais financiadas por transferências do FNS no período de 2008 a 2017 em nove UF, nas regiões Norte (Acre, Amazonas, Roraima, Amapá e Tocantins), Nordeste (Rio Grande do Norte, Alagoas e Sergipe) e Sudeste (Minas Gerais).

Os dados de despesas por macrorregião mostram grande disparidade nos valores per capita e nas variações percentuais entre os anos de 2008 e 2017. Na região Norte, o Amazonas registrou queda da despesa por habitante nas três macrorregiões, e observa-se grande concentração de recursos na macrorregião Central do Estado, o que ocorre pelas próprias características geográficas que levam a uma concentração de capacidade instalada de serviços de saúde nesta macrorregião, onde está localizada a capital, Manaus (tabela 2).

Na região Nordeste, todas as UF registraram crescimento da despesa por habitante, com reduções localizadas em cinco macrorregiões, enquanto oito delas tiveram crescimento acima de 50%, com destaque para a macrorregião Leste da Bahia, onde se localiza a capital, Salvador, cuja despesa aumentou 71% (tabela 3).

Na região Sudeste, 7 das 37 macrorregiões apresentaram redução da despesa por habitante; no Rio de Janeiro, a Macrorregião III, que abrange os municípios do Norte e Noroeste e Baixada Litorânea, registravam o maior valor por habitante da região Sudeste em 2008, e apresentaram queda de 28%; em Minas Gerais, a macrorregião Triângulo do Norte tinha o segundo maior valor por habitante e teve redução de 16%; e no Espírito Santo, a região Central, que tinha o maior valor por habitante

em 2008, teve redução de 7%; em São Paulo, a maior queda foi na região de saúde de Franco da Rocha (RRAS3).

Na região Sul, todas as macrorregiões de saúde apresentaram aumento do valor por habitante entre 2008 e 2017, sendo o maior na macrorregião Missioneira, do Rio Grande do Sul, e o menor na Grande Florianópolis, Santa Catarina, de 13%, na macrorregião que registrou o maior valor por habitante em 2017 (R\$ 1.829). Na região Centro-Oeste, o maior aumento foi na macrorregião Sudoeste de Goiás (59%); o estado de Mato Grosso foi o que registrou maior aumento (36%), e apenas uma macrorregião, de Corumbá, Mato Grosso do Sul, teve redução do valor por habitante.

A correção das despesas por subfunção informadas ao SIOPS, conforme realizado no apêndice 1 do capítulo 6 deste livro, reduz o viés causado pelas diferentes formas de classificação da despesa nos entes federados – estados e municípios. Sua agregação em macrorregiões permite a utilização desses dados para cálculo da eficiência do sistema conforme a lógica do financiamento do sistema, que é organizado em macrorregiões no nível de atenção de alta complexidade, e, em alguns casos, da média complexidade. Mesmo utilizando o desenho das macrorregiões definido e publicado em 2017 por resolução da CIT, sua agregação para o ano de 2008 com o mesmo desenho é válida, uma vez que a definição das regiões e macrorregiões de saúde é um processo que remonta ao início dos anos 2000, e o ano inicial, 2008, já é posterior ao pacto pela saúde³⁶.

É possível identificar nesse conjunto de dados macrorregionais que há uma grande disparidade entre os valores e variações intra e inter-regiões. Essa desigualdade observada nas condições de financiamento do SUS é um fator que pode condicionar tanto a quantidade como a eficiência e a eficácia das ações e serviços prestados à população, e é condicionada pela distribuição dos equipamentos de saúde nos diferentes territórios, que determina a partilha dos recursos de média e alta complexidade. O contexto de restrição fiscal cria entraves ao investimento público em saúde, dificultando a expansão dos serviços de saúde para as áreas mais desassistidas. Outro fator importante na determinação dos valores das despesas per capita nas macrorregiões são as desigualdades das receitas próprias, que resultam em uma menor capacidade financeira de aplicação de recursos próprios vinculados constitucionalmente.

Considerações finais

As propostas liberais de melhoria da qualidade do gasto público em saúde são colocadas no debate público em contraposição ao aumento da despesa pública como forma de responsabilizar a ineficiência do setor público pela má qualidade do atendimento e

pelas filas (em contraposição a um setor privado supostamente eficiente por definição). Com base nessa premissa, a melhoria da ‘eficiência técnica’ liberaria recursos que seriam convertidos em uma maior produção de serviços para a população.

O falso dilema ‘financiamento *versus* gestão’ ignora a necessidade de maiores investimentos na própria gestão, para melhoria da alocação de recursos, desenvolvimento de sistemas de gestão e formação de gestores (recursos humanos) nos estados e municípios. As atividades de regulação dos sistemas de saúde locais no âmbito de uma macrorregião, por exemplo, e sua relação com a otimização do atendimento compartilhado dos equipamentos de saúde pelos governos municipais e estaduais, com definição de redes organizadas em linhas de cuidado, com fluxos de referências e contrarreferências nos diversos níveis do sistema – atenção primária, vigilância em saúde, média e alta complexidade –, dependem do investimento em formação de recursos humanos para a gestão e desenvolvimento constante de sistemas de informação abertos e interoperáveis, de forma a suportar a complexidade do SUS em termos de relações federativas e interdependência de decisões sobre a alocação de recursos.

Além disso, as regras de finanças públicas para o processo de planejamento e execução orçamentária não estão em consonância com a diretriz constitucional da descentralização das ações e serviços no âmbito do SUS, o que requer também investimentos em mudanças institucionais para a operacionalização da gestão do SUS por regiões de saúde (existe apenas a legislação para consórcios intermunicipais). Nesse contexto, a melhoria da qualidade do gasto a partir da regionalização das ações e serviços de saúde também fica condicionada pelas diferentes (i) estruturas tributárias, (ii) capacidades instaladas para a oferta de serviços, (iii) transferências federais e estaduais de recursos fundo a fundo; iv) capacidade do governo federal de apoiar e incentivar a organização das redes de atenção no âmbito estadual (e interestadual) e dos governos estaduais de coordenar essas redes, cooperando com os municípios e eventuais órgãos intermunicipais, como os consórcios de saúde e (iv) situações e interesses políticos em cada município.

Em uma conjuntura de restrição fiscal nas três esferas de governo, o que ocorre, entretanto, é uma pressão pelo aumento da proporção de gastos em atenção hospitalar e ambulatorial e medicamentos em detrimento das ações e serviços ‘menos urgentes’ do sistema: a atenção primária/básica, a vigilância e, principalmente, a gestão.

O aumento de gastos não tem encontrado um correspondente aumento da capacidade de financiamento do SUS na esfera federal, o que tem obrigado estados e, principalmente, os municípios a aumentarem proporcionalmente a sua participação relativa no financiamento tripartite do SUS. Durante os últimos 20 anos, a participação conjunta

dos entes subnacionais cresceu, passando a representar mais de 50% do total do gasto consolidado do SUS. Mas, contraditoriamente, não houve alteração da estrutura tributária brasileira sob a ótica do pacto federativo, cuja arrecadação decorrente da competência de tributar e a receita disponível nas três esferas de governo evidenciam uma excessiva centralização de recursos na esfera federal. Dessa forma, a capacidade de financiamento das políticas públicas em geral (e da saúde em particular) dos estados e municípios tem apresentado diferentes graus de dependência da esfera federal de governo, trazendo, para os entes subnacionais, dificuldades permanentes para a manutenção da oferta de ações e serviços de saúde com qualidade para a população.

Essa restrição se agrava pela não efetivação de novos termos para o estabelecimento de critérios de transferências de recursos fundo a fundo (do FNS para os fundos estaduais e municipais), cuja exigibilidade foi fixada pela Lei Complementar nº 141/2012⁷ – pactuação na CIT para aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS): até o final de 2017, houve somente uma alteração significativa relacionada com critérios para rateio para vigorar a partir de 2018: a Portaria nº 3.992/2017¹⁵ do Ministério da Saúde extinguiu os seis blocos de financiamento, substituindo-os por dois, um para despesas de custeio e outro para investimentos. Essa portaria teve seus termos pactuados na CIT, mas não foi encaminhada para aprovação do CNS.

Convém destacar que, ainda que o período não faça parte do horizonte de análise deste capítulo, o teto de despesas primárias e a nova regra do piso federal da saúde estabelecidos pela Emenda Constitucional nº 95/2016² tem impactado negativamente o financiamento federal do SUS a partir de 2017 e, conseqüentemente, a participação federal no financiamento tripartite das ASPs.

Referências

1. Banco Mundial. Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil [Internet]. Brasília: Grupo Banco Mundial; 2017 [citado 2020 out 11]. Disponível em: <https://bit.ly/2SUTtff>.
2. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2016 dez. 16 [citado 2020 dez 15];153(241 seção 1):2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm 2020.

3. Marinho A, Cardoso, SS, Santos, MAB e Benevides, RPS. Eficiência nas macrorregiões de saúde no Sistema Único de Saúde: uma abordagem comparativa – 2008-2017. In: Avaliação da eficiência do gasto público no SUS. Capítulo 7. Brasília: IPEA/CONASS/OPAS. 2022.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 2018 mar. 26 [citado 2020 dez 15];155(58 seção 1 supl.):135. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html
5. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [internet]. Brasília: Casa Civil; 1988 [citado 2020 jan 2]. Disponível em: <https://bit.ly/1dFiRrW>
6. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1990 dez. 31 [citado 2020 jan 2];128(249 seção 1):25694. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
7. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2012 jan. 16 [citado 2020 jan 2];149(11 seção 1):1. Disponível em: <http://bit.ly/2tuAmf2>
8. Brasil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 2000 set 14 [citado 2020 jan 2];138(178-E seção 1):1. Disponível em: <http://bit.ly/36kSJSx>
9. Brasil. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação

orçamentária que especifica. Diário Oficial da União [Internet]. 2015 mar. 18 [citado 2020 dez 15];152(52 seção 1):1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm

10. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 2017 out. 3 [citado 2020 dez 15];154(190 seção 1 supl.):569-713. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html
11. Funcia FR. Sistema Único de Saúde - 30 anos: do subfinanciamento crônico para o processo de desfinanciamento decorrente da Emenda Constitucional 95/2016 In: Associação Nacional dos Auditores Fiscais da receita Federal do Brasil. 30 anos da Seguridade Social - Avanços e Retrocessos. Brasília: ANFIP; 2018.
12. Afonso JR, Castro KP. Carga tributária bruta de 2019: recorde histórico e evidências federativas. Fiance [Internet]. 2020 mar 13 [citado 2020 ago 15]. Disponível em <https://www.joserobertoafonso.com.br/carga-tributaria-recorde-historico-afonso-castro/>
13. Silveira FG, Noronha GS, Funcia FR, Ramos RLO, Moraes RM, Castro LC, et al. Os fluxos financeiros no financiamento e no gasto em Saúde no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2020 [citado 2020 dez 29]. Texto para Discussão nº 43. Disponível em: <https://bit.ly/2LmFYRy>
14. Funcia FR, Bresciani LP. A Gestão Recente do Sistema Único de Saúde: financiamento restringido [Internet]. In: Anais do 8. Encontro de Administração Pública organizado pela Anpad; 2019 maio 16-18 [citado 2020 dez 15]; Fortaleza, Brasil. Fortaleza: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração; 2019. Disponível em: http://idisa.org.br/files/anexos_domingueira/2019_EnAPG217_PUBLICADO_SITE.pdf
15. Brasil. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 2017 dez. 28 [citado 2021 out 15];165(248-D seção 1):91. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html
16. Brasil. Portaria nº 828, de 17 de abril de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação Transferências federais

- de recursos da saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 2020 abr. 24 [citado 2021 out 15];158(78 seção 1):203. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-828-de-17-de-abril-de-2020-253755257>
17. Pinto EG. DDD fiscal traz desigualdade, desonestidade e destruição constitucional. Coluna Contas à Vista [Internet]. 24 set. 2019 [citado 2020 ago 15]. Disponível em <https://www.conjur.com.br/2019-set-24/contas-vista-ddd-fiscal-traz-desigualdade-de-desonestidade-destruicao-constitucional>
 18. Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: Abres; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil; 2016.
 19. Piola SF, Benevides RPS, Vieira FS. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017 [Internet]. Brasília: Ipea; dez. 2018 [citado 2020 ago 15]. Texto para Discussão, n. 2439. Disponível em: <http://bit.ly/2GUG39Z>
 20. Vieira FS, Piola SF, Benevides RPS. Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor [Internet]. Brasília: Ipea; 2019 [citado 2020 dez 29]. Texto para Discussão n. 2516. Disponível em: <http://bit.ly/2quE7QD>
 21. Funcia FR. Condicionantes fiscais das políticas públicas municipais. In: Alves LR, Carvalho M. Cidades: identidade e gestão. São Paulo: Saraiva; 2009.
 22. Di Pietro MSZ. Princípio da Legalidade. In: Nunes Jr. VS, Zockun M, Zockun CZ, Freire AL, coordenadores. Tomo: Direito Administrativo e Constitucional [Internet]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2017 [citado 2020 ago 15]. Enciclopédia jurídica da PUC-SP. Disponível em: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/86/edicao-1/principio-da-legalidade>
 23. Brasil. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2000 maio 5 [citado 2020 nov 14];138(86 seção 1):1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm
 24. Brasil. Lei Complementar nº 131/2009 (Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF). Acrescenta dispositivos à Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, a fim de determinar a disponibilização, em tempo real, de in-

formações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do DF e dos Municípios. Diário Oficial da União [Internet]. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/572886>

25. Brasil. Lei Federal nº 4.320/1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Diário Oficial da União [Internet]. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/546169/publicacao/15714772>
26. Brasil. Portaria MPOG nº 42/1999. Atualiza a discriminação da despesa por funções de que tratam o inciso I, do § 1º, do artigo 2º, e § 2º, do artigo 8º, ambos da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964; estabelece os conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade, operações especiais, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=182092>
27. Brasil. Portaria Interministerial SOF/STN nº 163/2001. Dispõe sobre normas gerais de consolidação das Contas Públicas no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Disponível em: <https://bit.ly/3jQ64un>
28. Brasil. Lei nº 8.666/1993. Regulamenta o Art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Disponível em: <https://bit.ly/38O0CFZ>
29. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1990 set. 20 [citado 2020 jan 2];128(182 seção 1):1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
30. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema. Diário Oficial da União [Internet]. 2011 jun. 29 [citado 2020 dez 10];148(123 seção 1):1. Disponível em: <https://bit.ly/3p2Biik>
31. Brasil. Emenda Constitucional nº 100, de 26 de junho de 2019. Altera os arts. 165 e 166 da Constituição Federal para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária proveniente de emendas de bancada de parlamentares de Estado ou do Distrito Federal. Diário Oficial da União [Internet]. 2019 jun. 27 [citado 2020 dez

- 15];157(122 seção 1 supl.):1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc100.htm
32. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise. 2021;28, p. 109-172. Capítulo Saúde. Disponível em: <<https://bit.ly/3nlAwho>>. Acesso em: 23 out. 2021.
33. Servo LMS. O processo de regionalização da saúde no Brasil: acesso geográfico e eficiência. Tese apresentada para obtenção do título de doutora em economia. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar; 2020.
34. Lima, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. Viana ALD, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL, et al. 2012;17(11):2881-92.
35. Vieira FS. Evolução do Gasto com Medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016 [Internet]. Brasília: IPEA; 2018 [citado 2020 dez 29]. Texto para Discussão nº 2356. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8250/1/TD_2356.pdf
36. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova suas Diretrizes Operacionais. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2006 fev. 23 [citado 2021 jun. 5];143(39 seção 1):43-51. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html