

Laura Monteiro de Castro Moreira

MARCHAS E CONTRAMARCHAS NO FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE:
REFLEXÕES A PARTIR DO ARRANJO NORMATIVO BRASILEIRO

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Belo Horizonte - MG

2018

Laura Monteiro de Castro Moreira

MARCHAS E CONTRAMARCHAS NO FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE:
REFLEXÕES A PARTIR DO ARRANJO NORMATIVO BRASILEIRO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública

Linha de pesquisa: Economia da saúde e gestão de sistemas da saúde

Orientadora: Profa. Dra. Eli Iola Gurgel Andrade

Co-orientadora: Profa. Dra. Mariângela Leal Cherchiglia

Belo Horizonte

2018

M838m Moreira, Laura Monteiro de Castro.
Marchas e contramarchas no financiamento público de saúde
[manuscrito]: reflexões a partir do arranjo normativo brasileiro. / Laura
Monteiro de Castro Moreira. - - Belo Horizonte: 2018.
236f.: il.
Orientador (a): Eli lola Gurgel Andrade.
Coorientador (a): Mariângela Leal Cherchiglia.
Área de concentração: Saúde Pública.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de
Medicina.

1. Política de Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Financiamento da
Assistência à Saúde. 4. Regionalização. 5. Descentralização. 6.
Dissertações Acadêmicas. I. Andrade, Eli lola Gurgel. II. Cherchiglia,
Mariângela Leal. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de
Medicina. IV. Título.

NLM: WA 525

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora

Prof^a. Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitora de Pesquisa

Prof^a. Adelina Martha dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Thomáz G. da Matta Machado

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof^a. Eli Iola Gurgel Andrade

Subcoordenadora

Prof^a. Luana Giatti Gonçalves

Colegiado

Prof^a. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof^a. Sandhi Maria Barreto^[L]_{SEP}

Prof^a. Waleska Teixeira Caiaffa

Prof^a. Luana Giatti Gonçalves

Prof^a. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof. Francisco de Assis Acurcio^[L]_{SEP}

Prof^a. Cibele Comini César

Prof^a. Amélia Augusta Friche

Prof^a. Ada Ávila Assunção^[L]_{SEP}

Representantes Discentes

Daniela Pena Moreira

Lívia Lovato Pires de Lemos

Aos que acreditam e dedicam-se
incansavelmente ao SUS

AGRADECIMENTOS

A Deus, nas suas mais diversas formas, por insistir em escrever certo por tortas linhas.

À minha família, em especial:^[1]_{SEP}

Meus pais, pelo amor, exemplo, dedicação e oportunidades.

Thiago, pelo carinho, dedicação e paciência nessa desafiante jornada e seus vários humores.

Gustavo, Mariza e Mariângela, pelo importante papel na minha vida.

Aos mestres:

Iola, pela incansável dedicação, pelo exemplo, por acreditar e me incentivar a ver além.

Mariângela, pela atenção, adorável acolhimento e importante apoio.^[1]_{SEP}

Ferré, pela grande parceria e amizade, por ter me ensinado tanto com tanta leveza, em especial o verdadeiro significado da gratidão.

Aos membros da banca pela disponibilidade e interesse, e principalmente, pelas valiosas contribuições.

Aos colegas do GPES, em especial ao Tiago, importante companheiro desde os primeiros passos dessa caminhada.

Às queridas amigas da SES-MG, pelo incentivo e apoio incondicional. Obrigada por tornarem essa dupla rotina possível e mais prazerosa.

Aos amigos da vida, sempre presentes e queridos incentivadores, pela força e carinho.

Aos meus fiéis companheiros felinos e caninos, que acompanharam de perto o esforço de manter a disciplina, tornando mais doces e leves os momentos de concentração.

À todos aqueles que direta ou indiretamente participaram e contribuíram para mais este passo.

*Quero a utopia, quero tudo e mais
Quero a felicidade nos olhos de um pai
Quero a alegria, muita gente feliz
Quero que a justiça reine em meu país
Quero a liberdade, quero o vinho e o pão
Quero ser amizade, quero amor, prazer
Quero nossa cidade sempre ensolarada
Os meninos e o povo no poder, eu quero ver
São José da Costa Rica, coração civil
Me inspire no meu sonho de amor Brasil
Se o poeta é o que sonha o que vai ser real
Bom sonhar coisas boas que o homem faz
E esperar pelos frutos no quintal
Sem polícia, nem a milícia, nem feitiço, cadê poder?
Viva a preguiça viva a malícia que só a gente é que sabe ter
Assim dizendo a minha utopia eu vou levando a vida
Eu vou viver bem melhor
Doido pra ver o meu sonho teimoso, um dia se realizar...*

Milton Nascimento

RESUMO

Dentre as áreas críticas de um sistema de saúde, o financiamento destaca-se entre aquelas de maior relevância e complexidade. No caso brasileiro, a atual conjuntura de retrocessos à seguridade social reforça a necessidade de trazer para o debate essa temática vital para garantia do direito à saúde. Este trabalho tem como objetivo compreender a configuração do financiamento público do Sistema Único Saúde (SUS) à luz dos mecanismos normatizadores da dinâmica de transferência e alocação de recursos entre os entes federados. Sua construção se deu a partir de questões práticas que ocuparam a agenda de discussão durante sua elaboração. Quando da concepção, a Portaria GM/MS n. 4.279/10 e o Decreto n. 7.508/11 figuravam entre os esforços normativos para superação da fragmentação e aperfeiçoamento do funcionamento político-institucional do SUS. Desenvolveu-se, então, estudo de caso do financiamento federal do custeio da média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial (MAC) e sua relação com a implantação das diretrizes propostas por essas normativas no âmbito do SUS de Minas Gerais. Verificou-se a descentralização de responsabilidades, aporte de recursos e novas formas de financiamento, o que contribuiu para a expansão do modelo de rede no estado. O volume de repasses de recursos predefinidos pelo governo federal remeteu ao debate entre coordenação nacional versus autonomia e soluções locorregionais. Assim, diante dos achados e do cenário de revisão da Portaria n. 204/07, com mudanças na organização das transferências federais, procedeu-se com a análise do financiamento público em saúde a partir das receitas e despesas informadas pelos entes federados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) no período de 2007 a 2015. Observou-se ampliação dos valores totais e per capita disponíveis para o SUS em todos os grupos de regiões, aumento da participação da atenção básica, maior investimento nas regiões com menor capacidade de oferta, e crescimento da participação proporcional dos municípios na aplicação de recursos próprios. A volatilidade do regramento sobre o financiamento público em saúde não tem contribuído para efetiva implementação do SUS, e os movimentos observados sugerem risco à estratégia de organização do sistema de saúde orientado pela atenção primária, comprometendo a garantia de uma assistência integral e de qualidade.

Palavras-chave: Política de Saúde, Sistema Único de Saúde, Financiamento da Assistência à Saúde, Regionalização, Descentralização

ABSTRACT

Among the critical areas of a health system, financing stands out among those of greater relevance and complexity. In the Brazilian case, the current setbacks to social security reinforce the need to bring to the debate this vital issue to guarantee the right to health. This paper aims to understand the configuration of public financing of the Sistema Único de Saúde (SUS) according to the rules that regulates the dynamics of transfer and allocation of resources among federated entities. Its construction was based on practical issues that occupied the agenda during its elaboration. When designing, Ordinance no. 4,279/10 and Decree no. 7,508/11 were among the normative efforts to overcome fragmentation and improve the political-institutional functioning of SUS. A case study was developed to understand the federal funding of medium and high complexity hospital and outpatient care (MAC) and its relation with the implementation of the guidelines proposed by these regulations within the SUS of Minas Gerais state. Decentralization of responsibilities, resources and new forms of financing was verified, which contributed to the expansion of the network model in the state. The amount of resources transferred presented by the federal government refers to the debate between national coordination versus autonomy and locoregional solutions. In view of the findings and the review scenario of Administrative Rule no. 204/07, with changes in the organization of federal transfers, the public health financing was analyzed based on the revenues and expenditures reported by the federated entities to the Information System on Public Budgets in Health (SIOPS) in the period 2007 to The total and per capita values available for the SUS in all groups of regions, increased participation of basic health care, increased investment in regions with a lower supply capacity, and increased proportional participation of own resources. The volatility of the regulation on public health financing has not contributed to the effective implementation of SUS, and the observed movements suggest a risk to the strategy of organization of the health system oriented by primary care, compromising the guarantee of integral and quality assistance.

Key Words: Health Policy, Unified Health System, Healthcare Financing, Regional Health Planning, Decentralization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tese

Figura 1 - Características e dinâmicas dos modelos de proteção social.....	34
Quadro 1 - Concepção básica dos sistemas, cobertura e acesso - Sistema Único e Seguro de Saúde.....	44
Quadro 2 - Contextos e características da política/sistema de saúde por período histórico - Brasil - 1500 a 1988.....	53
Quadro 3 - Impostos arrecadados em cada esfera de governo, segundo CF/88.....	82
Quadro 4 - Repartição de impostos entre as esferas de governo, segundo CF/88.....	83
Quadro 5 – Evolução das normas de gestão do SUS à luz do financiamento e da descentralização.....	93
Figura 2 – Estrutura dos dados coletados para União.....	131
Figura 3 – Estrutura dos dados coletados para Estados e Municípios.....	132

Artigo 1

Figura 1 – Receitas totais por bloco de financiamento conforme grupo de região de saúde – Brasil – 2007 – 2015.....	158
Figura 2 – Variação do per capita da despesa empenhada por bloco de financiamento por grupo de região, em reais – Brasil – 2007-2015.....	160

Artigo 2

Gráfico 1 – Comportamento do financiamento federal do Bloco MAC no âmbito do SUS/MG por gestão do recurso e categoria de componente – Minas Gerais – 2006 – 2014.....	179
Figura 1 – Evolução dos repasses pertinentes à RUE por Região Ampliada de Saúde – Minas Gerais – 2006, 2010 e 2014.....	187

LISTA DE TABELAS

Tese

Tabela 1 – Estatísticas sobre o gasto em saúde – Países selecionados – 2000, 2010, 2014.....	119
Tabela 2 - Comparação das despesas totais empenhadas por ente federado, conforme subfunção, natureza da despesa e bloco de financiamento. Brasil - 2007 – 2015.....	136
Tabela 3 – Valores negativos de receitas publicizados pelo SIOPS por município declarante - Brasil – 2014.....	138
Tabela 4 - Diferença observada entre os dados da coluna totalizadora do bloco de financiamento e seus respectivos componentes - Municípios - 2017 - 2015.....	140
Tabela 5 - Análise descritiva do preenchimento dos dados declarados ao SIOPS por ente por ano.....	141
Tabela 6 - Número de municípios respondentes e percentual de declaração dos dados municipais de receita e despesa por ano - Brasil - 2007 - 2015.....	143
Tabela 7 - Principais características e padrão de preenchimento do SIOPS por grupo de regiões de saúde - Brasil - 2007 - 2015.....	144

Artigo 1

Tabela 1 - Receitas próprias, despesas empenhadas declaradas por ente e participação proporcional no financiamento público em saúde- Brasil - 2007 – 2015.....	153
Tabela 2 - Receitas próprias e despesas empenhadas declaradas por bloco de financiamento e participação proporcional por ente - Brasil - 2007 – 2015.....	155
Tabela 3 - Receita total e despesa empenhada, valores totais e per capita, por região de saúde - Brasil - 2007 – 2015.....	157

Artigo 2

Tabela 1 - Caracterização das Regiões Ampliadas de Saúde, conforme população, extensão territorial, condições socioeconômicas e de saúde, tipo de prestador dos estabelecimentos de saúde e resolubilidade - Minas Gerais.....	176
Tabela 2 - Valores transferidos por Região Ampliada de Saúde por componente por ano, em milhões de reais - Minas Gerais - 2006, 2010, 2014.....	182

Tabela 3 - Recursos federais transferidos, quantitativo de portarias ministeriais, e tipos de incentivos, por rede - Minas Gerais - 2006, 2010 e 2014.....184

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADCT – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

AIS - Ações Integradas de Saúde

ASPS – Ações e Serviços Públicos em Saúde

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão

CDS – Conselho de Desenvolvimento Social

CF/88 – Constituição Federal de 1988

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIPLAN – Comissão Interinstitucional de Planejamento

CIS – Comissão Interinstitucional de Saúde

CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde

CIR – Comissão Intergestores Regionais

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CLIS - Comissão Local Interinstitucional de Saúde

CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

CNRF – Comissão Nacional da Reforma Sanitária

COAPS – Contrato Organizativo de Ações Públicas de Saúde

COFINS - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras

CRIS - Comissão Regional Interinstitucional de Saúde

CSLL - Contribuição sobre o Lucro Líquido

DNERu - Departamento Nacional de Endemias Rurais

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

DRU – Desvinculação das Receitas da União

EC – Emenda Constitucional

FAE - Fator de Apoio ao Estado

FAE - Fração Assistencial Especializada

FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação

FAM - Fator de Apoio ao Município

FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FAT - Fundo de Amparo do Trabalhador

FEF - Fundo de Estabilização Fiscal

FEGE - Fator de Estímulo à Gestão Estadual

FES/MG – Fundo Estadual de Saúde de Minas Gerais

FINAME - Financiadora Nacional de Máquinas e Equipamentos

FINSOCIAL - Contribuição do Financiamento Social

FMS – Fundo Municipal de Saúde

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FSE - Fundo Social de Emergência

IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPCA – Índice Nacional de Preço ao Consumidor Amplo

IVISA - Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária

IVQ - Índice de Valorização da Qualidade

IVR - Índice de Valorização de Resultados

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

MAC – Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

MESP – Ministério da Educação e Saúde

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

OMS - Organização Mundial da Saúde

OOP - out-of-pocket

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OSS - Orçamento da Seguridade Social

PAB - Piso da Atenção Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAIS - Programa de Ações Integradas de Saúde

PBVS - Piso Básico da Vigilância Sanitária

PDR – Plano Diretor de Investimento

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PDR-SUS/MG – Plano Diretor de Regionalização do SUS de Minas Gerais

PEC - Projeto de Emenda à Constituição

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PIB – Produto Interno Bruto

PIS/Pasep - Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

PLIP - Projeto de Lei de Iniciativa Popular

PND – Plano Nacional de Desenvolvimento

POI – Programação Orçamentária Integrada

PPA – Plano de Pronta Ação

PPI/MG – Programação Pactuada Integrada de Minas Gerais

PRA – Programa de Racionalização Ambulatorial

PSF - Programa de Saúde da Família

PT – Portaria Ministerial

PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RCA - Recursos para Cobertura Ambulatorial

RCB - Receita Corrente Bruta

RCEG – Rede Cegonha

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

RUE – Rede de Urgência e Emergência

SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SAMHPS – Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social

SES/MG – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SIAFI - Sistema Integrado de Administração Financeira

SINPAS - Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos

SISMAC - Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUS/MG - Sistema Único de Saúde de Minas Gerais

US – Unidade de Serviço

UCA - Unidade de Cobertura Ambulatorial

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	18
1.1 Introdução	18
1.2 Marco teórico conceitual	23
1.2.1 Políticas públicas, sociais e de saúde: uma análise conceitual e contextual	24
1.2.2 Sistemas de saúde: aspectos estratégicos do processo de operacionalização das políticas de saúde	37
1.2.3 Da teoria à prática: a experiência brasileira	51
1.2.3.1 Colônia e Império (1500-1889)	55
1.2.3.2 República Velha (1889-1930)	57
1.2.3.2 Era Vargas (1930-1945)	60
1.2.3.4 Redemocratização e desenvolvimentismo (1945-1964).....	62
1.2.3.5 Ditadura Militar (1964-1985)	64
1.2.3.6 Transição democrática (1985-1988).....	69
1.2.4 Financiamento do SUS: reflexões sobre o sistema a partir da conformação de seu arcabouço normativo	75
1.2.4.1 A Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde.....	76
1.2.4.2 A evolução das normas de gestão do SUS: as normas operacionais, o Pacto pela Saúde e o Decreto n. 7.508/11	92
1.2.4.3 A Emenda Constitucional n. 29/00, a Lei Complementar n. 141/12 e a sucessão de regras para aplicação mínima da União	108
1.2.5 Cenários e perspectivas: breves reflexões à luz de modelos conceituais e experiências internacionais em financiamento da saúde.....	112
2 OBJETIVOS	122
2.1 Objetivo geral.....	122
2.2 Objetivos específicos	122
3 MÉTODOS.....	123
3.1 Estudo de caso do custeio federal da média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial do SUS de Minas Gerais.....	123
3.2 Estudo sobre a composição do financiamento público em saúde a partir das receitas e despesas informadas ao SIOPS	127
4 RESULTADOS	148

4.1 Artigo 1	148
4.2 Artigo 2	170
4.3. Outras produções acadêmicas	194
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	195
REFERÊNCIAS	199
ANEXO A.....	214
ANEXO B.....	226
ANEXO C.....	228
ANEXO D.....	229
ANEXO E	231
ANEXO F	232
ANEXO G.....	235
ANEXO H.....	236

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Introdução

Dentre as áreas tidas como críticas em um sistema de saúde, o financiamento figura entre aquelas de maior relevância e complexidade. No caso brasileiro, a atual conjuntura de retrocessos impostos à seguridade social reforça a necessidade de trazer para o debate essa temática central para garantia do direito à saúde.

Enquanto a Constituição Federal de 1988 (CF/88) consagrava o Sistema Único de Saúde (SUS) como público, universal e baseado na cooperação entre entes federados, a instabilidade e a insuficiência do financiamento impostas ao sistema, pelos diversos governos que ocuparam o poder, tem sido entraves à sua efetiva consolidação. Basta um breve resgate sobre a conformação do modelo de financiamento do sistema, para perceber que o desmonte financeiro do SUS tem sido a política de Estado adotada desde a década de 1990.

Inúmeras tem sido, desde então, as medidas tomadas em prol de uma política econômica neoliberal, que promove o ajuste fiscal e outras manobras com vistas a inviabilizar a garantia dos preceitos constitucionais. Quando da implantação do sistema, foram inobservados os 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) estabelecidos no artigo 55 do Ato das Disposições Transitórias da CF/88, sendo, ainda, retirado o orçamento previdenciário da base de cálculo de referência para o orçamento da saúde. Também na década de 1990, o volume de receitas destinado à saúde sofreu os efeitos decorrentes da desvinculação das receitas da União, por meio do Fundo Social de Emergência (FSE), posteriormente denominado de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF).

Tal estratégia de desvinculação de recursos vem sendo mantida até os dias atuais, através da Desvinculação de Receitas da União (DRU), que tem permitido que o governo federal capture parcela expressiva da arrecadação de impostos e contribuições para outros fins, dentre eles para o pagamento de juros da dívida pública. A Emenda Constitucional (EC) n. 93/16 agravou esse problema, ampliando o percentual da DRU de 20% para 30% até 2023, além de expandir a desvinculação para estados e municípios nesse mesmo percentual.

A Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF), criada em 1997 para

superar a escassez de fontes para o financiamento setorial, não foi capaz de gerar o aumento de recursos esperado, uma vez que foi acompanhada pela substituição de fontes, contribuindo mais para estabilizar o patamar de recursos orçamentários destinados à saúde, do que para efetivamente elevá-lo de forma mais significativa.

A Emenda Constitucional n. 29/2000, que deveria garantir estabilidade do financiamento da saúde, promovendo uma blindagem do sistema em termos da sustentabilidade e suficiência de recursos, não materializou as expectativas de um aumento substantivo do gasto federal em saúde. Na verdade, ao estabelecer patamares mínimos de aplicação para cada ente, com regramentos diferenciados (percentual da arrecadação para estados e municípios, e variação do Produto Interno Bruto – PIB, para União), gerou impactos distintos. Por um lado, avançou no sentido do princípio constitucional da descentralização, ampliando a participação das esferas subnacionais. Por outro, deixou a desejar na participação da União, uma vez que dissociou a área saúde dos aumentos da receita das contribuições sociais por ela arrecadada, bem como porque partiu de um patamar de referência de gasto (variação calculada com base no aplicado em 1999) relativamente baixo, o que foi agravado pela prática de adoção do piso, como teto para aplicação de recursos federais.

O Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLIP) n. 321/13 que elevava a parcela federal para 10% da Receita Corrente Bruta (RCB), não apenas foi ignorado pelo governo, como foi rechaçado com a aprovação do Projeto de Emenda à Constituição (PEC) n. 358/2013, conhecido como PEC do Orçamento Impositivo, por meio da Emenda Constitucional n. 86/15, que reduziu ainda mais a contrapartida federal.

Não obstante o boicote ao financiamento público do SUS, o Estado Brasileiro, historicamente, vem bancando o crescimento hegemônico do setor privado complementar, seja via remuneração da produção por contratação de serviços, por meio de gastos tributários em saúde, ou através da concessão de vultuosos empréstimos para expansão de sua rede, promovendo, deliberadamente, o desinvestimento e a precarização dos serviços públicos. Para piorar, o setor privado suplementar vem sendo subsidiado por meio de desonerações fiscais, entre outras medidas, como a proposta da PEC n. 451/2014, que obriga os empregadores a incluírem plano privado de saúde em todos os vínculos empregatícios dos trabalhadores rurais e urbanos. Além da privatização, esforços tem sido direcionados também para internacionalização, como a aprovação da Medida Provisória n. 656/2014 por meio da Lei 13.097/15, que abriu a saúde para os interesses do capital

estrangeiro.

Entre os agravantes mais recentes ao financiamento do sistema, tem-se a promulgação da EC n. 95/16, que apesar da resistência de movimentos e instituições sociais, foi aprovada, estabelecendo um teto para as despesas primárias federais, enquanto as despesas financeiras ficaram livres de tal constrangimento. Dentre os reflexos dessa limitação para o atendimento das necessidades da população, tem-se a desvinculação das despesas com ações e os serviços públicos de saúde (ASPS) da receita corrente líquida; a perda de recursos em relação às regras de vinculação das Emendas Constitucionais nº 29 e nº 86; a redução do gasto público per capita com saúde, e seu congelamento no valor real de 2017. Há ainda a ameaça proveniente da proposta de criação de planos de saúde populares¹, com coberturas menores do que o rol mínimo de serviços a serem ofertados aos usuários recomendado pela ANS.

Frente a esse cenário, discutir as marchas e contramarchas do financiamento público em saúde a partir do arranjo normativo brasileiro é um convite à reflexão sobre os possíveis rumos do SUS, quiçá, sobre as perspectivas da garantia do direito à saúde. Por esse motivo, a ótica que se pretende dar na abordagem sobre o financiamento é a mesma proposta por Carvalho (2002):

Se se entender o financiamento da saúde como um instrumento, uma ferramenta em busca da eficiência e da eficácia, seria muito pouco fazer esta análise exclusivamente sob esse prisma. Preferiu-se tomar partido de analisar os avanços e entraves do processo de garantia do direito à saúde, como direito fundamental de cidadania, e que tem como uma de suas diretrizes constitucionais o financiamento tripartite das ações e serviços e da gestão destes (CARVALHO, 2002, p. 17).

Assim, este trabalho foi se moldando a partir de questões práticas que ocuparam a agenda de discussão quando da sua elaboração. Durante a sua concepção e primeiros passos, a Portaria Ministerial (PT) n. 4.279/10 e o Decreto n. 7.508/11 figuravam entre os esforços normativos vigentes para superar a intensa fragmentação e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS. Essas normativas reforçam, entre outros aspectos, a necessidade de consolidar a região de saúde como o recorte privilegiado para induzir e

¹Vide matérias: Estadão de 07/03/2017 disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,governo-encaminha-a-ans-proposta-de-plano-de-saude-mais-restrito-e-barato,70001690982> e Folha de São Paulo de 06/07/2017 disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/07/1789101-ministro-da-saude-defende-plano-de-saude-mais-popular-para-aliviar-o-sus.shtml>

integrar as políticas de saúde, expandir o financiamento intergovernamental cooperativo e estruturar as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Nesse sentido, dadas as diretrizes para a implantação das RAS e para a elaboração de novos mecanismos de financiamento capazes de induzir a consolidação desse modelo de atenção no âmbito do SUS, foi desenvolvido um estudo do caso de Minas Gerais com o intuito de verificar se as modalidades de repasses financeiros para as instâncias subnacionais, estabelecidas pelo governo federal, para o custeio da média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial (MAC) apresentaram avanços em relação às orientações estabelecidas na Portaria e no Decreto em questão.

Diante dos achados desse estudo, e tendo como novo pano de fundo a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em janeiro de 2017, que propõe repasse federal unificado e global, procedeu-se com a análise do financiamento público em saúde no país a partir das receitas e despesas informadas pelos entes federados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Nessa etapa, buscou-se contemplar a alocação de recursos por ente financiador, por bloco de financiamento estabelecido pela Portaria GM/MS n. 204/07 (Atenção Básica, MAC, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Gestão do SUS e Investimentos) e por distribuição dos recursos no território sob a ótica regional.

Trata-se de uma iniciativa relevante, uma vez que a Portaria GM/MS n. 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que operacionaliza o novo arranjo sobre as transferências federais pactuado na CIT, rompe com a lógica posta pela PT n. 204/07, estabelecendo que os recursos do Fundo Nacional de Saúde destinados a despesas com ASPS, passarão a ser transferidos às esferas descentralizadas em apenas dois blocos de financiamento: custeio e investimento. Dessa forma, tem-se nesse estudo, um resgate do perfil do financiamento antes da mudança de regramento, o que contribuirá para futuros estudos comparativos.

O desenvolvimento de toda a pesquisa está disposto ao longo dos cinco capítulos que compõem o texto da tese. O Capítulo 1, dedicado às considerações iniciais, contempla, além desta introdução, o marco teórico e conceitual que contextualiza a discussão sobre o financiamento público da saúde. A percurso desbravado nessa etapa teve como ponto de partida a análise sobre as políticas públicas a fim de traçar um panorama sobre o complexo e dinâmico caminho desde a concepção até a viabilização. Na sequência, são abordados aspectos estratégicos dos sistemas de saúde, de forma a compreender as nuances do processo de operacionalização das políticas de saúde. Trazendo a discussão da teoria para a

prática, resgata-se a trajetória da experiência brasileira, desde os primeiros passos para organização de uma política de saúde no país, até a conformação do atual arranjo, institucionalizado por meio do SUS. Conclui-se essa etapa, com breves reflexões tecidas à luz da análise de experiências internacionais.

No Capítulo 2 são contemplados os objetivos da pesquisa, sendo descritos, no Capítulo 3 os métodos adotados em cada etapa do estudo para alcançá-los. Por sua vez, o Capítulo 4 abarca os resultados alcançados, sendo esses organizados em dois artigos originais. Optou-se pela apresentação dos artigos não pela sua ordem de elaboração, mas sim sob uma abordagem que parte de um olhar mais amplo do objeto de análise, para um olhar mais específico. Assim, primeiro é disponibilizado o trabalho intitulado *Financiamento público em saúde no Brasil: um panorama a partir da lógica de blocos de financiamento*, e, em seguida, é apresentado o artigo intitulado *Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil*.

Por fim, o Capítulo 5 compreende as considerações finais sobre a pesquisa, seção na qual, a partir de uma breve síntese da trajetória percorrida e seus principais achados, apresenta-se as conclusões do estudo, e com elas compartilha-se a expectativa de que o retrato crítico sobre a realidade do financiamento público da saúde proposto por este trabalho venha agregar novos elementos e percepções, contribuindo para as discussões sobre essa questão tão medular do SUS.

1.2 Marco teórico conceitual

O campo de conhecimento denominado políticas públicas surge como uma subárea da ciência política voltada para análise das produções dos governos. Seu pressuposto analítico é que em democracias estáveis, aquilo que o governo faz, ou deixa de fazer, é passível de ser formulado cientificamente e analisado por pesquisadores independentes. Nesse sentido, estudar políticas públicas tem em seu cerne compreender a complexa relação existente entre governo, governantes e sociedade (VIANA; BAPTISTA, 2012).

É interessante notar que essa área de conhecimento ganha maior visibilidade exatamente em um contexto marcado pela implantação de políticas restritivas de gasto público. Na busca pelo equilíbrio orçamentário entre receita e despesa, em especial a partir da década de 80, a prática do ajuste fiscal culminou na restrição da intervenção do Estado na economia e nas políticas sociais, trazendo à luz reflexões sobre o desenho e a execução das políticas públicas (SOUZA, 2006).

Nesse sentido, reconhecendo a saúde como um direito dos cidadãos, e, portanto, escopo de ação, direta ou indireta, dos governos, e, considerando o cenário atual, de crescentes discussões sobre a adoção de medidas de restrição do gasto público e ampliação da participação do modo privado de oferta, as políticas de saúde tornam-se ricos objetos de estudo à medida que vem sofrendo interferências no seu processo de delineamento e operacionalização.

Assim, esta seção dedica-se a uma análise conceitual sobre as políticas de saúde e o longo e dinâmico caminho desde a concepção até sua real viabilização. A expectativa é que a construção desse marco teórico contribua para expandir as possibilidades analíticas sobre o financiamento público do SUS, foco deste trabalho.

Para isso, o primeiro esforço concentra-se em compreender as políticas de saúde como políticas sociais, tendo, portanto, sua configuração e condução influenciadas pelos diversos modelos de proteção social existentes. O segundo passo consiste em uma discussão sobre os sistemas de saúde enquanto traduções dessas políticas, sendo abordados diversos aspectos, dentre eles, as origens desses sistemas, suas características, componentes, suas dinâmicas e funções.

Em seguida, os conceitos apresentados são contextualizados a partir do caso brasileiro, que além de objeto de análise deste trabalho, é um exemplo rico de como os diferentes contextos histórico, político, econômico e social influenciam a conformação do sistema de saúde. Um panorama do processo de implantação SUS é delineado a partir de um resgate das normativas que versam sobre a configuração do seu modelo de financiamento, destacando sua interface com os princípios e diretrizes que norteiam o sistema. Por fim, aspectos de experiências internacionais são abordados, a fim de contribuir para a discussão, seja ampliando a análise de cenário, seja vislumbrando alternativas e perspectivas.

1.2.1 Políticas públicas, sociais e de saúde: uma análise conceitual e contextual

Nas últimas décadas do século XX surge um novo campo de conhecimento dedicado à análise de políticas públicas. Com origem nos Estados Unidos, essa disciplina rompe com o processo analítico que vinha sendo desenvolvido na Europa, com foco mais voltado para o Estado e suas instituições, e dedica-se ao estudo da produção dos governos (SOUZA, 2006)

Trata-se, portanto, de um campo voltado para análise das relações entre governo (complexa estrutura institucional que compõe a máquina estatal), governantes (conjunto de pessoas que governam o Estado) e cidadãos (indivíduos sobre os quais as ações públicas exercem efeito) (VIANA; BAPTISTA, 2012).

Como destaca Souza (2006), não existe uma, nem a melhor definição sobre política pública. O termo pode ser abordado como o campo do conhecimento que analisa as ações do governo sob a perspectiva de grandes questões públicas, bem como pode referir-se ao próprio objeto de análise dessa área da ciência política, sendo compreendido como a somatória de ações dos governos que, de modo direto ou indireto, influenciam na vida dos cidadãos.

Lasswell (1936), importante referência nesse campo, não se prende a um conceito específico e define que decisões e análises sobre políticas públicas implicam em responder basicamente a três questões: quem ganha o que, por que, e que diferença faz. Viana e Baptista (2012), por sua vez, reconhecem a enormidade de definições existentes sobre o

termo e, ao retomarem alguns conceitos, concluem que a política pública é o Estado em ação. Ou seja, consiste no processo de construção de uma ação governamental para um determinado setor, o que envolve recursos, atores, arenas, ideias e negociação.

Vianna (2002) afirma que existe certa convenção acadêmica sobre o entendimento de que as políticas públicas são ações governamentais com objetivos específicos. Para a autora, essa definição que, apesar de óbvia e vaga, se bem explorada, pode permitir certa precisão conceitual. Para isso, é preciso se atentar para dois aspectos. O primeiro encontra-se na expressão “ações de governo”. Existe diferença se essas ações são implementadas por tecnocratas que vivem perto da teoria, mas longe das dinâmicas e complexas necessidades dos cidadãos, ou se são baseadas em processos democraticamente estabelecidos. Da mesma forma, faz diferença se essas ações são influenciadas por uma restrita elite dominante ou se são formuladas em instâncias deliberativas e participativas. O segundo aspecto concentra-se no termo “objetivos específicos”, uma vez que são muitas as diferenças entre os objetivos delimitados de maneira democrática daqueles estabelecidos de modo autoritário, bem como são distintos os objetivos restritos daqueles concebidos de maneira mais ampla.

Ainda segundo Vianna (2002), mais importante do que conferir rigor ao conceito de política pública, é considerar seu caráter político e histórico, de modo que sua análise deve ser sempre conduzida de maneira circunstancial. Esse argumento, de certa forma, é reforçado pelas ideias de Viana e Baptista (2012), à medida que afirmam que o objeto principal de análise desse campo do conhecimento deve ser o processo de tomada de decisão no momento de construção de uma política, de forma que as reflexões devem contemplar questões como: a visão dos governantes sobre o papel do Estado na sociedade, o nível de atuação dos diferentes grupos sociais, o grau de diversificação da economia, a natureza do regime social, entre outros.

Apropriando-se das dimensões abordadas, é possível avançar na definição da política social como uma modalidade de política pública. Titmuss (1974), destaca que uma política social pode ser entendida como um instrumento positivo de mudança que faz parte, de maneira imprevisível e incalculável, do grande processo político desenvolvido na sociedade. Para o autor, trata-se de uma questão de “como é e como deveria ser”, envolvendo, portanto, escolhas que visam mudanças, sejam elas de sistemas, de práticas ou de comportamentos. Nesse sentido, esclarece que o termo, per si, não pressupõe uma associação automática com as noções de altruísmo, de preocupação com o próximo e com a equidade. Tudo depende da

noção de deveres e direitos de cada indivíduo, bem como dos valores que regem a sociedade.

Outra rica contribuição do autor consiste na percepção de que independente do conceito adotado para o termo, seja ele mais amplo ou mais restrito, a noção de políticas sociais, em geral, abordará três objetivos comuns: ser beneficente, provendo bem-estar aos cidadãos; preocupar-se com objetivos econômicos e não econômicos; e, ser redistributiva, em especial favorecendo mais aos que menos têm (TITMUSS, 1974).

Marshall (1975), outro grande pesquisador da área, afirma que política social é um termo que, apesar de ser amplamente utilizado, não possui uma definição precisa, sendo seu significado atribuído conforme conveniência ou convenção. Para o autor, de modo geral, utiliza-se a expressão para referir-se às políticas dos governos no que diz respeito a medidas que tenham um impacto direto sobre o bem-estar dos cidadãos, proporcionando-lhes serviços ou renda. Seu núcleo central consiste, portanto, no desenvolvimento de ações voltadas para a oferta e garantia de seguro social, assistência pública, programas habitacionais, serviços de saúde e de assistência social.

Nesse mesmo sentido, Fleury e Ouverney (2012) afirmam que política social é um termo que pode ser empregado de forma restrita, referindo-se às ações desenvolvidas pelos governos visando o bem-estar e a proteção social, bem como de forma ampla, remetendo-se aos meios pelos quais se promove o bem-estar e aos determinantes do desenvolvimento social. Sob essa ótica, as políticas sociais não se restringiriam às ações governamentais, envolvendo uma série de atores sociais, com diversos e distintos interesses.

Esses autores defendem ainda que as políticas sociais estão relacionadas a direitos inerentes à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos. Acrescentam, também, que são os valores dessa sociedade que determinarão os objetivos, as formas de alocação de recursos e as estratégias que serão adotadas no âmbito dessas políticas (FLEURY; OUVERNEY, 2012).

Santos (2010), ao caracterizar as políticas sociais como aquelas fundadas para o atendimento das necessidades e dos direitos humanos, também atribui a noção de cidadania ao termo. Sob essa perspectiva, o autor destaca que a operação das políticas sociais pode combinar diversas vertentes, como no caso brasileiro, que desde o período pós Constituição

Federal de 1988, busca assegurar a implementação dos direitos sociais tanto por meio de sistemas públicos pautados pelo princípio do acesso universal, como por exemplo, os sistemas de saúde, educação, previdência e assistência social, como via políticas de transferências voluntárias de renda às famílias, como é o caso do programa Bolsa Família².

Em meio à diversidade de conceitos disponíveis na literatura especializada, é possível notar que existem pontos comuns entre as definições apresentadas. O primeiro deles está no consenso de que a política social é uma ação governamental com objetivos específicos voltados para a proteção social. Ou seja, consistem em ações desenvolvidas pelo governo, que ao expressarem os valores e os interesses vigentes, visam a mudanças na sociedade a fim de garantir um equilíbrio social, suprindo lacunas que os indivíduos, por si, seriam incapazes de suprir. Denota, portanto, certo senso de coletividade e coesão.

O segundo ponto refere-se à relação entre política social e cidadania, particularmente na percepção de que tratam-se de ações governamentais voltadas para a proteção social de cidadãos com deveres e direitos. Como destacam Viana e Silva (2012), para que um indivíduo seja considerado cidadão é necessário que esteja de plena posse de direitos civis, políticos e sociais, incluindo, a garantia de acesso a bens e serviços considerados essenciais, dentre eles a saúde.

Nesse ponto específico, reafirma-se a necessidade de uma análise histórica dessas políticas, uma vez que a concretização da cidadania não se realiza pela simples presença de um aparato estatal, mas sim resulta de várias lutas dos mais diversos grupos da sociedade, tendo em vista que os sistemas de proteção social são dinâmicos e interagem com as constantes transformações econômicas, políticas, demográficas e culturais, demandando processos permanentes de mobilização e reestruturação a fim de assegurar o bem-estar social (FLEURY; OUVÉNEY, 2012).

² O Programa Bolsa Família é um programa de transferência de renda com condicionalidades, cujo objetivo é contribuir para a redução da pobreza e desigualdade no Brasil. Criado em outubro de 2003, organiza-se em três eixos principais: Complemento da renda, que consiste na transferência mensal de renda pelo governo federal às famílias beneficiárias visando ao alívio mais imediato da pobreza; Acesso a direitos, as famílias participantes devem cumprir alguns compromissos com o objetivo de reforçar o acesso à educação, à saúde e à assistência social, de forma que as próximas gerações tenham condições de romper o ciclo da pobreza; e, Articulação com outras ações, o programa integra e articula várias políticas sociais de modo a estimular o desenvolvimento das famílias, contribuindo para a superação das situações de vulnerabilidade e pobreza (BRASIL, 2017d).

O terceiro ponto comum observado entre os conceitos, remete à complexidade dos problemas a serem abordados pelas políticas sociais. Assegurar direitos a indivíduos e coletividades com necessidades diversas, dinâmicas e multifacetadas envolve um complexo rol de estratégias e objetivos que serão moldados conforme a capacidade de articulação e vocalização desses atores. Como ressaltam Fleury e Ouverney (2012), no caso das políticas de saúde, as ações a serem desenvolvidas não se restringem à melhoria das condições sanitárias de uma população, estando sujeitas a múltiplos determinantes, muitas vezes contraditórios, de forma que os vários interesses envolvidos irão determinar seus rumos e formatos.

Ainda nesse sentido, Rosen (1994) destaca que a natureza dos problemas de saúde e as estratégias para enfrentá-los decorrem de condições políticas, econômicas e sociais de cada sociedade, bem como dos conhecimentos disponíveis e das concepções de saúde e doença nela prevalentes. Nessa mesma perspectiva, Cordeiro (1997) ressalta que a percepção de necessidade de saúde, enquanto representação social, não se traduz da mesma forma em cada classe ou grupo social. Assim, o processo de transformação de uma necessidade em uma demanda por cuidado de saúde irá variar entre pessoas de classes distintas, bem como entre aquelas de um mesmo segmento social.

Paim e Teixeira (2006) definem política de saúde como a resposta social, seja por ação ou omissão, de uma organização (por exemplo, o Estado) às condições de saúde dos indivíduos e das populações, e aos seus determinantes, bem como à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde dos cidadãos e o ambiente. Para os autores, o termo envolve tanto questões relativas ao poder em saúde (do inglês *Politics*), quanto ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (do inglês *Policy*). Assim, enquanto campo de conhecimento, caracteriza-se pelo estudo das relações de poder na definição da agenda, na formulação, condução, implementação e avaliação das políticas de saúde, dedicando-se a temas como papel do Estado, condições de saúde da população e seus determinantes, economia e financiamento da saúde, entre outros.

Para a Organização Mundial de Saúde (2015), políticas de saúde são aquelas relacionadas às decisões, planos e ações empreendidas para alcançar metas específicas de saúde no âmbito de uma sociedade. Por meio dessas políticas, delimita-se uma visão de futuro, a partir da qual se estabelecem objetivos e referências de curto e médio prazo, que permitirão descrever as prioridades e os papéis esperados dos diferentes grupos envolvidos, bem como

contribuirá para a construção de consensos e para o processo de informação e emponderamento dos cidadãos.

Navarro (2007) acrescenta um aspecto importante ao termo, ao destacar que muitos países tendem a interpretar “política de saúde” como “política de cuidados médicos”, enquanto na verdade, essa última caracteriza-se apenas como uma variável da complexa equação que rege a saúde de uma nação. Assim, esclarece que os principais componentes das políticas nacionais de saúde devem ser: os determinantes políticos, econômicos, sociais e culturais de uma sociedade, tendo em vista que são esses os determinantes de saúde mais importantes de qualquer país; os determinantes relacionados ao estilo de vida, que são os mais visíveis e passíveis de intervenção pública; e, os determinantes de socialização e emponderamento, que fazem a conexão entre o primeiro e o segundo componentes, relacionando intervenções individuais e coletivas.

De certa forma, é possível observar que toda complexidade envolvida no termo é reforçada por Fleury e Ouverney (2012), ao afirmarem que a construção da política de saúde como uma política social é multifatorial, abrangendo vários aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais, ideológicos, institucionais, entre outros, sendo, portanto, muito difícil dissociá-los e analisá-los em momentos específicos. Dessa forma, as políticas de saúde, suas estratégias e instrumentos, ao influenciarem diversos aspectos da dinâmica social, cumprem papéis que vão além do seu objetivo de resolver problemas de saúde, estando na fronteira das diversas formas de relação entre Estado, sociedade e mercado.

Considerando os aspectos abordados até então, é possível concluir que, enquanto políticas sociais, as políticas de saúde serão construídas, implementadas e reformuladas conforme a percepção da sociedade sobre seus problemas, seus direitos e sua capacidade de articulação com as estruturas político-institucionais e com os interesses de mercado. Assim sendo, as respostas que serão dadas a essas questões irão variar ao longo do tempo, influenciando e sendo influenciadas pelos modelos de proteção social vigentes.

Nesse sentido, torna-se importante destacar que os sistemas de saúde, hoje fundamentados em direitos universais, são produtos de uma construção histórica que foi capaz de contemplar um projeto solidário de nação. Entretanto, essa concepção nem sempre prevaleceu, e não há garantias de que assim permaneça, uma vez que essas percepções são constantemente redefinidas e ressignificadas à medida que interagem com os diferentes

projetos de poder (FLEURY; OUVÉNEY, 2012). Dessa forma, evidencia-se a necessidade de se resgatar a trajetória dos modelos de proteção social para entender a atual situação das políticas de saúde e seus possíveis rumos.

Santos (2010) define proteção social como a garantia pública do acesso universal a bens e serviços essenciais à dignidade humana, tais como saúde, educação, segurança pública, previdência social, habitação, cultura, entre outros, que por si, não são garantidos, de modo universal e integral, pelo mercado. Sobre essa percepção, vale resgatar os achados de Estevez-Abe et al (2001), que defendem a necessidade de se extrapolar a noção restrita de proteção social como “políticas contra mercado”. Para eles, para além da busca pelo bem-estar social, sistemas de proteção social podem ter um papel importante inclusive para o próprio mercado, agindo, muitas vezes, como uma cura, um resgate, aos seus próprios riscos.

Diante da percepção da utilização recorrente do termo nos discursos sobre o desenvolvimento das nações sem, no entanto, haver um consenso sobre o seu significado entre os diversos atores que o vocalizam, Devereux e Sabates-Wheeler (2004) sintetizam proteção social como todas as iniciativas públicas e privadas que promovem transferência de renda ou consumo para a camada mais pobre, protegendo contra os riscos de subsistência, ampliando direitos dos marginalizados, visando reduzir a vulnerabilidade econômica e social. Para isso, os autores entendem que os sistemas de proteção social devem contemplar medidas, tanto formais como informais, de proteção, prevenção, promoção e transformação, o que inclui, por exemplo, iniciativas capazes de proporcionar: assistência social a famílias extremamente pobres; serviços sociais a grupos que precisam de cuidados especiais, ou que de outra forma teriam acesso negado a serviços básicos; seguro social para proteger os cidadãos contra os riscos e consequências de choques de subsistência; e, equidade social para proteger as pessoas contra riscos sociais, tais como discriminação ou abuso.

Viana e Silva (2012), por sua vez, defendem que toda sociedade, em alguma etapa de sua história, desenvolveu algum tipo de sistema de proteção social para neutralizar ou reduzir o impacto de riscos inerentes à vida humana (tais como doenças, invalidez, velhice, entre outros), que sempre irão existir, e acrescentam que o grau de institucionalização dessas respostas irá variar de acordo com cada sociedade em cada momento histórico.

Esse argumento é coerente com os achados de Vianna (2002), que ressalta o peso das dimensões histórica e política na definição dos objetos das políticas sociais, identificando três grandes fases para consolidação dos sistemas de proteção social. A primeira delas data dos séculos XVI e XVII, quando, contemporaneamente à consolidação dos modernos Estados nacionais, começaram a ser desenvolvidas ações governamentais voltadas para proteção social no Ocidente Europeu. O contexto era marcado pela transição para o capitalismo, expansão do comércio e valorização das cidades. A pobreza se destacava como o risco social predominante, cabendo ao Estado agir para proteger a sociedade de suas ameaças (doenças, indigência, furtos, degradação dos costumes). Surgiram, então, as Leis dos Pobres, que se caracterizaram por sua natureza caritativa, na forma de assistência pública a uma população-alvo específica: os pobres. A primeira Lei dos Pobres (*Poor Law*) foi promulgada na Inglaterra em 1601 (e reeditada em 1834), e compreendia um conjunto de regras cujo objetivo era prestar assistência social, por meio de um aparato oficial (centrado principalmente em paróquias), para indivíduos comprovadamente sem condições de auto sustento. O principal critério de elegibilidade para o recebimento de tais auxílios era a pobreza extrema e, para recebê-los, seus beneficiários deveriam prestar serviços obrigatórios em instituições de caridade. Essas leis se difundiram pelos países europeus, embora com algumas diferenças entre eles, e funcionaram em tempos de monarquias ou de governos oligárquicos (VIANNA, 2002; MONTAÑO, 2012; ALVES, 2015).

Em meados do século XIX, com a expansão da produção industrial e a crescente demanda por mão-de-obra assalariada, as elites dominantes começaram a criticar essa forma de proteção social. Ao final do século, inicia-se, então, a segunda fase, marcada pela adoção de seguros sociais compulsórios como estratégia para enfrentar os riscos sociais associados ao trabalho assalariado. A ameaça passa a se encontrar, então, na recusa ao assalariamento, seja passivamente, por absenteísmo, ou ativamente, por meio de greves e ataques realizados de maneira isolada por trabalhadores ou de forma organizada por sindicatos. Para os trabalhadores, os riscos eram inerentes à estrutura produtiva industrial, como os acidentes de trabalho, o comprometimento da capacidade laborativa, as doenças, entre outros fatores que os impediam, temporária ou permanentemente, de continuar se auto-sustentando por meio do mercado, única alternativa disponível (VIANNA, 2002).

Nos anos de 1880 surge, então, o primeiro seguro social, instituído por Bismark, na Alemanha. Foi uma opção política com o objetivo de enfrentar o movimento operário e

ampliar o controle social, conformando uma organização corporativa da sociedade submetida ao Estado, trocando benefícios pelo cerceamento das atividades sindicais. A proposta de seguro implicava em um contrato entre as partes – empregado, empregador e Estado – retirando da política social seu caráter assistencialista, sob o pretexto de romper com a lógica de dar algo em troca de nada, tornando-a, então, meritocrática. Assim, asseguram-se direitos sociais somente àqueles que participam do sistema, hierarquizando o universo de merecedores, de forma que os que são capazes de contribuir mais, recebem mais (GIOVANELLA, 1999; KERSTENETZKY, 2011; PEREIRA, 2013).

Com a crise dos anos 20 e as duas grandes guerras mundiais do Séc. XX, a destruição e os vários problemas dela decorrentes obrigaram os países a enfrentarem a desproteção de milhares de incapacitados e destituídos. O grande marco reformista foi o relatório de Beveridge, apresentado ao parlamento inglês em 1942 e sancionado como lei em 1946. Sua proposta era pautada em dois grandes princípios: a unidade, propondo a unificação dos vários seguros sociais e a homogeneização das prestações de serviços; e, a universalidade, que diz respeito à cobertura (todos os indivíduos) e ao escopo da proteção (todas as necessidades essenciais). Assim, a política social assume sua terceira fase, na qual o modelo de Seguridade Social, em que todos têm os mesmos direitos, ainda que não tenham contribuído monetariamente, prevalece sobre o modelo do Seguro Social, configurando-se os Estados de Bem-estar Social, também chamados de Welfare State (VIANNA, 2002; FAGNANI, 2011).

Nessa nova fase, alarga-se a noção de risco social e a grande ameaça passa a ser a não-integração. No campo da economia, faz-se necessário indivíduos integrados ao mundo da produção e do consumo em massa. Do ponto de vista político, torna-se essencial um aceite coletivo das regras do novo jogo, marcado de um lado por uma política que se mercadoriza, e do outro, de um mercado que se politiza. Como destaca Fagnani (2011), no contexto marcado pelo compartilhamento do sentimento de solidariedade e da ameaça de um futuro incerto, as políticas econômicas de pleno emprego e instituições do Estado de Bem-estar Social encontram espaço para se consolidar como instrumentos para corrigir disfunções decorrentes da economia de mercado. Ademais, há que se admitir que o regime de Welfare State encontrou um cenário de normatividade e capacidade de financiamento que viabilizou a ampliação de direitos, apesar de ainda manter acessos meritocráticos a serviços sociais diferenciados.

Com essas mudanças, ao menos no marco legal, a natureza das políticas sociais passa a ser universalista, e seu alvo, a cidadania, entendida de maneira ampla, como uma trajetória cumulativa de direitos (civis, políticos e sociais). foco não mais é a doença, e sim, a saúde. As instituições de representação se tornam mais inclusivas, novos espaços de negociação surgem, a organização política dos atores se fortalece, e a democracia, enfim, se expande (VIANNA, 2002).

Essas três fases refletem, de modo geral, a evolução das noções de proteção social e sua tradução em políticas, em diferentes tempos e contextos, por diversos países. Entretanto, é importante destacar que existe um quarto tipo de experiência, que em muito remete à primeira fase apresentada, que se tornou dominante nos Estados Unidos, em certa medida prevalente na Austrália e Canadá, e ainda influenciou o Brasil, a despeito do marco constitucional de 1988. Tratam-se de experiências cujo foco está no mercado com intervenção mínima do Estado, intervenção essa voltada essencialmente para a viabilização da existência do próprio mercado. É o chamado Estado liberal. A ação pública tem, portanto, um caráter compensatório e discriminatório, e a organização dos atores sociais é fragmentada e pluralista, não se traduzindo de maneira expressiva como uma força política (FLEURY; OUVERNEY, 2012; VIANNA, 2002).

A partir desse resgate histórico é possível compreender o processo de construção e consolidação das políticas sociais e, principalmente, a evolução de sua dimensão política, evidenciando as origens dos diversos sistemas de proteção social. Nesse sentido, um ponto interessante a se destacar, é que com base nas experiências apresentadas é possível identificar categorias de políticas sociais, ou tipos ideais de proteção social, como destacam Fleury e Ouverney (2012), que permitirão a análise e a comparação de realidades concretas. Isso é importante para balizar as discussões sobre o tema, tendo em vista que sistemas de proteção social, ainda que semelhantes em seus princípios ideológicos e valorativos, tendem a gerar efeitos políticos diferentes, resultantes das forças sociais e do grau de participação do Estado peculiares a cada contexto.

As características dos modelos de proteção social são sintetizadas no esquema a seguir (Figura 1). Trata-se de uma adaptação da proposta apresentada por Fleury e Ouverney (2012) visando abordar a dinâmica observada entre os vários aspectos dos respectivos modelos.

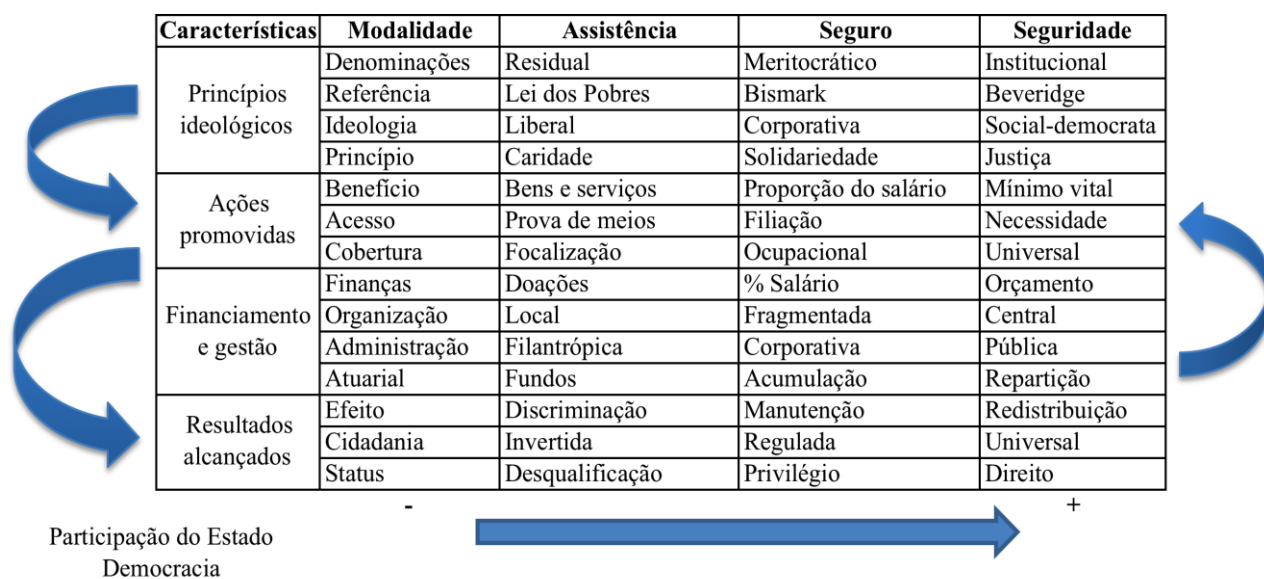


Figura 1 - Características e dinâmicas dos modelos de proteção social

Fonte: Adaptado. Fleury e Ouverney (2012)

Como visto, o modelo cujo eixo central reside na assistência social aparece como resposta em um contexto marcado pela ênfase no mercado, com mínima participação do Estado, que tem o papel de agir regido pelo princípio da *caridade*, apenas em prol daqueles que não foram capazes de se manter adequadamente nessa lógica *liberal*, sendo, portanto, denominado de *residual*. Nele, as políticas sociais desenvolvidas pelo Estado restringem-se ao fornecimento de *bens e serviços*, sendo *focadas* na parcela vulnerável da população, que *comprovadamente não possui meios* de satisfazer suas necessidades. Nesse sentido, apresentam caráter *discriminatório* uma vez que os benefícios são concedidos mediante à *desqualificação* daqueles que os recebem. Trata-se, portanto, de uma percepção de *cidadania invertida* uma vez que o grupo objeto da ação é aquele tido como fracassado. Ademais, o fato de receber o benefício não transforma o indivíduo em possuidor de direitos. Esse modelo é financiado por *doações* e gerenciado principalmente por organizações *filantrópicas*, públicas ou privadas, que administram *fundos* constituídos para esse fim.

O modelo de seguro social, por sua vez, tem como característica central a cobertura de grupos *ocupacionais*, que por meio de uma relação contratual, pautada pelo princípio da *solidariedade*, recebe benefícios *proporcionais à sua contribuição*, sendo, por isso, também denominado de *meritocrático*. Adotado em um contexto *corporativo*, seu objetivo é a *manutenção* das condições socioeconômicas de seus *filiados* em situação de risco, constituindo uma noção de *cidadania regulada*, correspondente à inserção de cada beneficiário na estrutura produtiva. O esquema financeiro revela a associação entre a

política social e a inserção no mercado de trabalho, sendo custeado pela *acumulação* de contribuições salariais obrigatórias de empregados, e empregadores, como *porcentagem da folha salarial*, acrescida de contribuição estatal. Esse financiamento tripartite se reproduz na gestão, que assume uma natureza *corporativa*, culminando em uma organização *fragmentada* em instituições sociais que fornecem *privilégios diferenciados às distintas categorias de trabalhadores*.

Já o modelo de seguridade social se abriga sob um padrão *social-democrata*, e caracteriza-se por um conjunto de políticas públicas que, inspiradas no princípio de *justiça social*, visam garantir, de maneira igualitária a todos os cidadãos, *direitos* em relação a um mínimo vital socialmente estabelecido. Dessa forma, compete ao Estado assegurar, por meio de um sistema *centralizado* de políticas e instituições públicas, acesso *universal* aos benefícios *necessários*, independente de contribuição prévia, gerando um efeito *redistributivo*. Esse modelo também é chamado de *institucional* devido ao papel central do Estado tanto na administração, como no financiamento do sistema, que conta com recursos expressivos do *orçamento público*, que são *repartidos* em um pacto intergeracional para manutenção das políticas sociais que possibilitam uma *cidadania universal*.

A análise dos três modelos evidencia que os princípios ideológicos que os pautam refletem o contexto sócio, político e econômico, revelando maior ou menor grau de participação do Estado e de consolidação da democracia. Esses princípios norteiam as ações a serem desenvolvidas, que por sua vez, também influenciam e são influenciadas pelos tipos de financiamento e gestão adotados. Já os resultados alcançados sofrem interferência dessa dinâmica cadeia de relações, variando conforme as concepções de políticas sociais e suas instituições, gerando impactos na construção da própria sociedade e no status atribuído à cidadania.

É válido ressaltar que essa tipologia de sistemas de proteção social apresentada não é única na literatura. Titmuss (1974), ainda na década de 70, já apresentava um classificação que muito se assemelha à proposta supra discutida, destacando o que ele considera como os três modelos ou funções contrastantes das políticas sociais, capazes de ajudar a colocar ordem em toda desordem dos fatos, sistemas e escolhas que regem a vida social. O primeiro deles é o modelo residual de bem-estar. Pautado na premissa de que existem dois canais naturais por meio dos quais os indivíduos suprem suas necessidades, o mercado privado e a família, somente quando esses canais se desestabilizam devem ser feitas intervenções seletivas, que

abordam apenas as carências emergenciais. Como destaca o autor, sob essa ótica, o verdadeiro objetivo do Estado de Bem-estar Social é ensinar às pessoas como viver sem ele.

Já o segundo modelo é o meritocrático-particularista, ou modelo meritocrático industrial (*Industrial Achievement-Performance*), no qual se defende que as necessidades sociais devem ser supridas com base no mérito, na performance de trabalho e na produtividade, incorporando às instituições de bem-estar social um papel adicional e complementar à economia. Nesse modelo, o sistema de proteção social deve apenas eliminar as distorções e garantir oportunidades iguais para todos, de modo que sejam capazes de solucionar suas necessidades por meio do seu trabalho (TITMUSS, 1974).

O último modelo apresentado por Titmuss (1974) é o chamado institucional-redistributivista, que tem como base as teorias sobre a equidade e os múltiplos efeitos das mudanças sociais. Assim, esse modelo defende uma provisão universal de serviços fora do mercado, pautada pelo princípio da necessidade, incorporando sistemas de redistribuição do comando sobre os recursos ao longo do tempo.

Esping-Andersen (1990), em discussão sobre os Estados de Bem-estar Social em um contexto capitalista, defende que a história política e a natureza ideológica dominante de cada nação determinam o grau de desmercantilização no campo da proteção social. Assim, em uma abordagem comparativa entre os diferentes arranjos entre o Estado, o mercado e as famílias, identifica três tipos do que denomina de “regimes de bem-estar” caracterizados por distintas lógicas de organização, estratificação e integração da sociedade. De um lado tem-se o regime liberal, no qual predomina a oferta de benefícios modestos, reforçando a opção do Estado em encorajar o mercado, seja de forma passiva, garantindo apenas o mínimo, ou ativamente, subsidiando esquemas privados.

No caminho intermediário, tem-se o regime corporativista, pautado na preservação dos diferentes status, de forma que os direitos estão relacionados às distintas classes sociais. Nesse modelo, a ênfase do Estado na defesa dessa estratificação revela que seu impacto redistributivo é quase insignificante. Assim, influenciado por esse caráter conservador, a intervenção estatal ocorre apenas quando a capacidade das famílias de suprir as necessidade de seus membros, e não do mercado como no modelo anterior, se exaure (ESPING-ANDERSEN, 1990).

No outro extremo, tem-se o terceiro regime, marcado pelos princípios da universalidade e da desmercantilização dos direitos sociais. Denominado de social democrata, esse modelo, ao invés de sustentar uma dualidade entre Estado e mercado, classe média e classe trabalhadora, defende a promoção da equidade em sentido amplo. Diferente do tipo anterior, neste, a lógica é não esperar que a capacidade das famílias se esgote, mas, sim dividir previamente os custos da manutenção dessa família. Nesse sentido, o autor destaca que essa categoria reflete uma peculiar fusão entre liberalismo e socialismo, na medida que seu ideal não é maximizar a dependência da família, mas potencializar a capacidade de independência individual (ESPING-ANDERSEN, 1990).

Enfim, independente da tipologia adotada, o que fica claro é que os sistemas de proteção social dos diversos países irão apresentar semelhanças e diferenças, características essas que deverão ser sempre analisadas de maneira contextualizada. Assim, partir das questões até aqui apresentadas sobre as políticas públicas e os modelos de proteção social, é possível avançar em relação ao estudo dos sistemas de saúde enquanto traduções dessas políticas, compreendendo suas várias formas de organização e funcionamento.

1.2.2 Sistemas de saúde: aspectos estratégicos do processo de operacionalização das políticas de saúde

Como ações de proteção social, as políticas de saúde colocam-se na fronteira das diversas formas de relação social entre Estado, sociedade e mercado. Como operacionalizar políticas tão complexas, que envolvem tantos atores, com múltiplos e distintos interesses, percepções e projetos de saúde? Como bem sintetiza Mendes (2011), os sistemas de saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, às necessidades, demandas e preferências das sociedades. A partir desse conceito é possível compreender os sistemas de saúde como traduções das políticas de saúde. Assim, conhecer suas origens, tipologias, componentes, dinâmicas e experiências, permite analisar em quais pontos suas estruturas estão falhando ou sendo bem-sucedidas no propósito de melhoria da saúde da população, sendo, portanto, um dos campos de estudo mais importantes das ciências da saúde (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Para Roemer (1989), um sistema caracteriza-se como um conjunto de partes inter-

relacionadas e interdependentes destinado a atingir determinados fins. Um sistema de saúde, por sua vez, consiste na combinação de quatro componentes fundamentais que irão culminar na prestação de serviços em resposta às necessidades da população, quais sejam: recurso, organização, financiamento e gestão.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os sistemas de saúde como o conjunto de organizações, instituições e recursos que são dedicados à produção de ações de saúde. Por ação de saúde compreende-se qualquer esforço empreendido, seja nos cuidados individuais, nos serviços públicos de saúde, ou por meio de iniciativas intersetoriais, cujo objetivo principal é promover, restaurar ou manter a saúde de uma sociedade. A OMS acrescenta que, embora melhorar a saúde da população seja o objetivo principal de um sistema de saúde, ele não é o único, tendo em vista que o próprio objetivo de uma boa saúde é uma via de mão dupla: por um lado, deve-se responder bem às expectativas da sociedade (atingir o melhor nível médio alcançável), por outro, deve-se assegurar as menores diferenças possíveis entre indivíduos e grupos, dando respostas igualmente satisfatórias a todos, sem qualquer discriminação, protegendo as pessoas dos custos financeiros do adoecimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Nesse sentido, outro conceito a se destacar é o apresentado por Lobato e Giovanella (2012) no qual o sistemas de saúde consiste em um

Conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalente na sociedade (LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p. 89)

As autoras ressaltam que um sistema não é um conjunto fechado, de forma que sua dinâmica está sempre relacionada a outros sistemas, influenciando e sendo influenciada pela dinâmica da sociedade e seus valores em relação à proteção à saúde. Dessa forma, quanto maior for a percepção da sociedade sobre a saúde como um problema coletivo, como um direito de cidadania, mais ampla será a busca por sua proteção (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Connil (2006) destaca que é necessário esclarecer a diferença existente entre sistemas de saúde e sistemas de serviços de saúde. Para a autora, os sistemas de saúde são muito mais abrangentes, referindo-se a uma noção ampliada de saúde (resultante de uma complexa interação de fatores e ações de diversos sistemas sociais), enquanto os sistemas de serviços

de saúde seriam parte integrante desse sistema mais amplo, sendo possível avaliar seu desempenho por meio de análise de produtividade, efetividade e eficiência.

Bispo Júnior e Messias (2005) também diferenciam conceitualmente os termos, destacando os sistemas de serviços de saúde como um subsistema unisetorial dos sistemas de saúde, responsável pelas ações de recuperação (cura e reabilitação) e proteção à saúde (prevenção e vigilância). Essa percepção é compartilhada por Lobato e Giovanella (2012), que acrescentam que estudos sobre sistemas de serviços de saúde priorizam o conhecimento dos efeitos das instituições prestadoras de serviços, e, portanto, não necessariamente caracterizam-se como estudos de sistemas de saúde, que são muito mais abrangentes e complexos.

Ainda sobre essa questão, Paim (2009a) defende que embora na linguagem comum os dois termos tenham o mesmo sentido, tecnicamente, os sistemas de saúde são considerados mais abrangentes, contemplando o conjunto de agências (organizações públicas ou privadas, governamentais ou não) e agentes (profissionais e demais trabalhadores da saúde) que realizam ações de saúde específicas ou inespecíficas (como informação e financiamento), enquanto os sistemas de serviços de saúde limitam-se aos prestadores de cuidado de saúde, sendo uma parte restrita. O autor esclarece que mesmo nesse subsistema, é difícil verificar um objetivo único. Conciliar, então, o conjunto de objetivos e interesses contraditórios é um dos maiores desafios dos sistemas de saúde. Assim, a noção de sistema é útil para denominar esse conjunto dinâmico de partes e as suas diferentes relações, todavia, é insuficiente para descrever a sua história, explicar seus problemas e explicitar seus desafios.

Dessa forma, estabelecido o arcabouço conceitual sobre os sistemas de saúde, o próximo passo consiste em resgatar as suas origens, a fim de compreender os processos históricos (seus atores, formas de organização e poder) que influenciaram as atuais configurações dos sistemas de proteção e atenção à saúde.

Para Bispo Júnior e Messias (2005), os sistemas de serviços de saúde, enquanto parte integrante dos sistemas de saúde, existem desde que o homem, frente às manifestações de doenças, começou a buscar formas de proteger sua saúde. Os autores remetem essa percepção do processo saúde-doença às antigas concepções de que o adoecimento estaria relacionado a um castigo divino, decorrente de ações individuais ou coletivas de desrespeito aos deuses. Essa percepção evoluiu para a teoria dos miasmas, pela qual as

doenças passaram a ser compreendidas como consequências de entidades extracorpóreas encontradas no meio ambiente. Para os autores, nessa etapa teriam surgido as primeiras organizações de sistemas de saúde, por meio do desenvolvimento de ações curativas (por exemplo, as práticas da sangria e da quarentena) e de ações preventivas (como a construção de casas arejadas em locais elevados). Com o tempo e as novas descobertas, os sistemas teriam avançado, passando pela fase de combate às infecções por micro-organismos, até chegarem a atual percepção do processo saúde-doença de forma complexa e multicausal.

Essa percepção remete aos achados de Rosen (1994), que ao tentar entender a preocupação com a saúde e o bem-estar de grupos de cidadãos, parte da premissa que, sendo as doenças resultantes, ou interferentes, das condições de vida e trabalho dos indivíduos, caracterizam-se como fenômenos sociais que apenas são completamente entendidos em seu contexto biossocial. Dessa forma, o autor identifica, nas diversas experiências em busca da consolidação de políticas de saúde, três momentos que marcam a história da saúde pública: o período pré-capitalista, que abarca a Antiguidade e a Idade Média, no qual a dimensão pública da saúde caracteriza-se pela pulverização de práticas diversas pautadas em concepções naturalistas ou metafísicas das doenças; o período revolucionário, pós-renascimento, marcado pela configuração de uma “consciência médica” do caráter social da saúde pública, superando a visão extra-orgânica das doenças, passando a compreendê-las como fenômenos relacionados e resultantes da vida em sociedade, e; o período moderno, que surge com o advento das relações capitalistas, e é caracterizado pelo processo de institucionalização e pluralização das intervenções sobre a dimensão pública de uma saúde voltada para uma “sociedade de cidadãos”.

Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que estudos sobre a evolução dos sistemas de saúde modernos apontam que eles já contribuíam expressivamente para melhoria da saúde da maioria da população mundial desde o início do século 20. Em consonância com as percepções apresentadas, a OMS destaca que os sistemas de saúde, de alguma forma, existem há tanto tempo quanto as pessoas têm tentado proteger a sua saúde e tratar as doenças. Práticas tradicionais, muitas vezes integradas ao aconselhamento espiritual e a outras ações com objetivos preventivos e curativos, já existiam há milhares de anos, muitas vezes coexistindo até hoje com a medicina moderna (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

A OMS (2000) ressalta ainda a importância da construção histórica ao reconhecer que esses sistemas foram passando por gerações sobrepostas de reformas no último século, desde a fundação de sistemas nacionais de saúde e a ampliação dos regimes de seguro social, até a fase em que a promoção da atenção primária à saúde despontou como caminho para viabilização da cobertura universal acessível. Uma nova fase de mudança tem sido observada na última década, para o que a OMS chama de "novo universalismo". Ao invés de se ofertar todos os cuidados possíveis para todos, ou apenas o cuidado mais simples e básico para os pobres, seria feita uma escolha explícita de prioridades de intervenção, sendo entregues cuidados essenciais de alta qualidade, definidos principalmente por critérios de eficácia, custo e aceitabilidade social.

Resgatando a história da origem dos sistemas públicos de saúde, Lobato e Giovanella (2012) defendem que os sistemas de proteção e atenção à saúde têm sua consolidação datada de meados de século XX, como consequência do crescimento da participação do Estado no controle dos vários mecanismos que afetam a saúde e o bem-estar da população. As autoras destacam que, de modo geral, as primeiras iniciativas de proteção à saúde estiveram relacionadas a questões políticas mais gerais, muitas vezes influenciadas pelas disputas entre a Igreja (cujas ações tinham caráter caritativo e filantrópico) e o Estado.

Lobato e Giovanella (2012) identificam etapas, que denominam de “ondas de legislação”, que marcam o processo de constituição e desenvolvimento dos sistemas públicos de saúde. Para as autoras, a primeira onda estaria relacionada aos subsídios dos governos às entidades de ajuda mútua, criadas em meados do século XIX por organizações de trabalhadores e partidos de esquerda, e, em alguns casos por iniciativas das indústrias e até mesmo por governos locais, para prover ajuda aos seus participantes em caso de morte ou doença. Essas primeiras leis que marcaram a intervenção estatal na atenção à saúde foram motivadas essencialmente pelo desejo dos governos de controlar a vida associativa e o movimento dos trabalhadores. Os subsídios estatais eram baixos e não possibilitaram a ampliação da cobertura, tendo em vista que a proteção à saúde não era o propósito principal.

A segunda onda teve início no século XX, e foi marcada pela criação dos seguros sociais. Essas iniciativas novamente estavam relacionadas a questões mais gerais, especialmente ligadas a conflitos entre capital e trabalho. Bismark foi uma das referências, e seu argumento central consistia na percepção que o caminho para a ordem social não estava

apenas na repressão da social democracia, mas também no fomento positivo do bem-estar dos trabalhadores. Já a última onda de legislações teria ocorrido no período pós Segunda Guerra, quando os países europeus universalizaram seus programas de proteção e passaram a defender a saúde como um direito de cidadania (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Sobre essas fases, é possível fazer duas observações. A primeira é que as ondas de legislações descritas pelas autoras refletem os modelos de proteção discutidos na seção anterior. Deve-se ressaltar que, por se tratar de um processo de construção histórica marcado por diversas experiências, essas ondas não ocorreram de maneira homogênea entre os países. Como bem destacam Lobato e Giovanella (2012), na América Latina, por exemplo, os modelos de seguro e seguridade social influenciaram as políticas de saúde, entretanto, diferentemente dos países europeus, a universalização da atenção à saúde ainda não se completou. Ou como bem resgata Marques (2016), há também a experiência dos sistemas de saúde da ex-União Soviética e de países do Leste Europeu que integravam o Pacto de Varsóvia, que, implantados depois da revolução russa, garantiam acesso universal, organizando-se de maneira centralizada e com financiamento estritamente estatal, que embora pudessem ser comparados a um modelo redistributivo ou de seguridade, característico da terceira onda, se distinguiam pelo contexto socialista e a impossibilidade de desenvolvimento de um setor privado, ainda que residual. Cuba é um exemplo ainda vivo desse modelo de sistema.

O outro aspecto relevante, e intimamente relacionado ao primeiro, consiste na conclusão de que o tipo de proteção social irá condicionar os principais aspectos dos sistemas de saúde, influenciando sua estrutura, sua forma de organização, seu tipo de financiamento, o escopo de serviços a ser oferecido, entre outros. Assim, novamente reforça-se a necessidade de um olhar sempre contextualizado, capaz de captar as várias nuances políticas, econômicas e ideológicas que pautam os sistemas.

Distanciando um pouco da discussão sobre a origem dos sistemas, mas ainda na linha de análise sobre as fases, ou reformas, observadas ao longo de seu processo evolutivo, é importante destacar uma reflexão trazida por Laurell (2012), que remete à mais recente mudança destacada pela OMS chamada de “novo universalismo”. Atualmente, há um grande interesse sobre a cobertura universal como um novo marco das reformas sanitárias, vista por diversos organismos internacionais como a terceira fase da “transição em saúde”, sendo comparada, inclusive, às mudanças advindas das transições epidemiológicas e

demográficas. Entretanto, a autora alerta sobre a necessidade de se compreender o enquadramento ideológico³ dessa proposta tão divulgada como alternativa para garantia da sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Nesse sentido, Laurell (2012) observa que de fato há um amplo consenso sobre a necessidade de se realizar grandes reformas nos sistemas de saúde e identifica duas grandes correntes de pensamento que pautam o conteúdo dessas reformas. A primeira delas defende a mercantilização da saúde, tendo em vista a expressiva participação do setor na economia. Nessa corrente, opta-se por uma lógica de asseguramento universal de saúde, com múltiplos administradores de fundos e diversos prestadores de serviços, contando com um aporte significativo de subsídios fiscais para sustentá-los. Esse modelo denominado de Competência Administrada, ou Pluralismo Estruturado, tem sido difundido nos sistemas de saúde dos Estados Unidos, Colômbia, Chile e México, resguardando as características peculiares de cada país. Já a segunda corrente incentiva a implantação de sistemas únicos e públicos de saúde, com garantia de acesso oportuno e gratuito aos serviços demandados por toda a população. Nela, propõe-se, ao menos no plano normativo, a desmercantilização da saúde e reivindica-se um papel redistributivo do Estado. Como experiências, tem-se os sistemas de Cuba e Brasil, influenciados pelas referências internacionais históricas da Inglaterra, Espanha, entre outros.

Vale aproveitar essa distinção de correntes reformistas, para abordar outro aspecto muito importante sobre os sistemas de saúde: suas tipologias. Conforme os argumentos da autora, é possível identificar uma tipologia dicotômica dos sistemas de saúde. De um lado, estariam os sistemas únicos e públicos de saúde⁴, de outro, os sistemas de asseguramento universal. A concepção básica dos sistemas e as noções de cobertura e acesso são sistematizados no quadro a seguir (LAURELL, 2012).

³ A OMS defende a chamada “Cobertura Universal à Saúde” sob o discurso de que todas as pessoas e comunidades podem usar os serviços de saúde de promoção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos de que necessitam, com qualidade suficiente para serem efetivos, garantindo que o uso desses serviços não expõe o usuário a dificuldades financeiras. Todavia, como esclarecem Noronha (2013) e Barros e colaboradores (2016), trata-se de um conceito usado para confundir os objetivos e abandonar os princípios que fundamentam os sistemas universais de saúde, na medida em que a proposta responsabiliza o indivíduo pelos custos oriundos da proteção à saúde, tornando majoritária a lógica do mercado e deslocando o papel do Estado para uma ação coadjuvante, alterando a compreensão posta para direito fundamental à saúde.

⁴ Laurell (2012) refere-se aos sistemas únicos e públicos de saúde por meio da sigla “SUS”, todavia, para evitar confusão com o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) que será amplamente estudado nesta tese, optou-se por referir-se a essa tipologia de sistema de saúde por seu nome e não sua sigla, como faz a autora.

Quadro 1 - Concepção básica dos sistemas, cobertura e acesso - Sistema Único e Seguro de Saúde

Eixo	Componente	Sistema Único	Seguro de Saúde
Concepção básica do sistema	Garantia do direito à saúde	Premissa. Existem problemas organizativos ou de recursos para torná-la realidade.	Não necessariamente. Frequentemente a restringe, ignora ou nega.
	Relação entre público-privado	Por natureza público. Pode haver relação contratual com os prestadores privados.	Organiza-se com a lógica de seguro com separação de funções de financiamento/compra de serviços, prestação de serviços e regulação.
	Administrador de fundos e financiador ou comprador de serviços	Públicos.	Públicos e privados por competência (mercado interno e/ou externo).
	Regulador	Instância interna.	Instância externa pública.
Cobertura e Acesso	Cobertura populacional universal	Sim, por definição.	A universalidade se refere a cobertura populacional. Na América Latina não se alcançou.
	Cobertura de serviços	Em princípio todos os existentes.	Definição e custeio de Pacotes de Serviços com cálculo de custo-benefício. Restritos ou ampliados segundo pagamento.
	Acesso oportuno aos serviços, insumos e medicamentos requeridos	Em princípio sim. Existem obstáculos geográficos, burocráticos e culturais que devem ser removidos.	Segundo o desenho dos Pacotes de Serviços autorizados ou contratados e os copagamentos. Há obstáculos econômicos, geográficos, burocráticos e culturais.

Fonte: Traduzido e adaptado de Laurell (2012)

A leitura do quadro permite observar que os Sistemas Únicos de Saúde têm como marco ideológico a noção de que todos são iguais e que a saúde é uma necessidade humana básica que deve ser satisfeita para uma vida plena. Assim, é obrigação social do Estado assegurá-la a todos. Por isso, os sistemas únicos são públicos (administração dos fundos e compra de serviços), o que não os impede de manter relações contratuais com o setor privado de prestação de serviços. A regulação é exercida por uma instância interna aos Ministérios da Saúde (LAURELL, 2012).

Por sua vez, os sistemas do tipo Seguro Social têm o neoliberalismo como marco ideológico. A saúde não é reconhecida como direito social, embora reconheça-se o direito do indivíduo de cobrá-la do governo quando não atingida por outros meios. Adota-se o modelo básico de seguros no qual tem-se um preço e uma cobertura de serviços pré-estabelecidos. Estimula-se o “pluralismo” de administradores de seguros e prestadores de serviços primando pela concorrência e pelo mercado. Difunde-se a ideia de equidade como o pagamento igual por benefícios iguais, e não a noção de igualdade, como acesso igual aos serviços frente uma mesma necessidade. A regulação se dá por uma instância externa pública com suposta autonomia sobre todos os compradores e prestadores de serviços, incluindo os próprios serviços públicos (LAURELL, 2012).

Como é possível observar no Quadro 1, a cobertura e o acesso aos serviços de saúde também se diferenciam entre os modelos. No sistema único, por definição, tem-se a cobertura populacional universal, com oferta de acesso a todos os serviços existentes, incluindo insumos e medicamentos necessários. A existência de barreiras geográficas, burocráticas e culturais é reconhecida e existe o propósito de superá-las. Já no sistema de seguro de saúde, a universalidade refere-se à cobertura populacional, ou seja, a quem está incluído no seguro. O acesso oportuno aos serviços demandados depende do desenho do pacote de serviços contratado e de copagamentos. Assim, além das barreiras geográficas, burocráticas e culturais, encontram-se também obstáculos de natureza econômica (LAURELL, 2012).

Outras tipologias de sistemas de saúde também são difundidas e debatidas na literatura. Viana e Silva (2012), em um linha analítica semelhante à apresentada acima, acrescentam uma terceira categoria, identificando: sistemas nacionais de saúde, sistemas de seguro social e modelos de livre mercado. De acordo com os autores, o sistema nacional é administrado pelo Estado e financiado por meio da arrecadação de impostos, tendo como premissa o acesso universal para população elegível. Entre suas limitações, estariam as listas de espera e a pouca liberdade de escolha do prestador. Já o sistema de seguro social caracteriza-se por um misto de sistema público/profissional, no qual os usuários e empregadores também participam do seu financiamento, junto com o Estado, por meio de contribuições. O acesso é restrito aos empregados e suas famílias, a administração é privada e os custos tendem a ser elevados, com excesso de utilização de serviços. Por fim, o modelo de livre mercado é de natureza essencialmente privada, de forma que cada indivíduo é

obrigado a ter seguro/plano de saúde, ou arcar diretamente com o pagamento de serviços. Desempregados, empregados autônomos ou pessoas mais pobres são penalizados nesse modelo, uma vez que o acesso está relacionado à capacidade de pagamento.

Viana e Silva (2012) destacam que é comum os sistemas de saúde combinarem elementos dos três tipos principais, dando origem a sistemas mistos, de natureza público/privado. Sejam mistos ou puros, os três tipos apresentam pontos positivos e negativos. Enquanto sistemas nacionais evidenciam-se mais bem-sucedidos na redução de gastos em saúde, custos adicionais como tempo de espera e qualidade dos serviços devem ser ponderados. Ao mesmo tempo, enquanto se tem maior possibilidade de escolha do prestador e menor tempo para o atendimento da demanda no modelo de livre mercado, os gastos em saúde são expressivamente maiores, e os resultados sanitários nem sempre são satisfatórios.

Mendes (2011) propõe uma tipologia que se distingue das apresentadas, tendo como eixo central a relação entre as condições de saúde e os sistemas de atenção à saúde. Para o autor, sendo esses sistemas as respostas sociais organizadas para atender às necessidades, demandas e preferências das sociedades, e, sendo essas, em boa parte, expressas por meio das distintas situações demográficas e epidemiológicas, não é possível haver incoerência entre ambos. Assim, defende a categorização em sistemas fragmentados, que tendem a se voltar para a atenção às condições e aos eventos agudos, e os sistemas integrados, que tendem a atuar, equilibradamente, sobre as condições agudas e crônicas.

Em linhas gerais, os sistemas fragmentados, tipo ainda hegemônico em grande parte dos países, são aqueles que se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, que isolados e sem comunicação entre si, não conseguem prestar atenção contínua à população. Nesse modelo, predomina a visão de uma estrutura hierárquica, definida por níveis de “complexidades” crescentes, com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis. Para o autor, essa característica representa problemas teóricos e operacionais, uma vez que, por se fundamentar em um conceito de complexidade equivocado, no qual se considera a atenção primária à saúde menos complexa do que a atenção prestada nos demais níveis, induz-se a uma sobrevalorização, seja material ou simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica, com uma abordagem reativa, o que não garante a sustentabilidade dos sistemas, tampouco a integralidade do cuidado (MENDES, 2011).

Diferentemente, os sistemas integrados, também chamados por Mendes (2011) de Redes de Atenção à Saúde, são aqueles organizados por meio de um conjunto coordenado de pontos de atenção capazes de prestar uma assistência integral a uma população definida. Nesses sistemas, coordenados pela atenção primária e caracterizados por uma estrutura poliárquica, os sujeitos são corresponsáveis pela própria saúde, a abordagem é proativa e contínua, baseada em um plano de cuidados para cada usuário, com medidas constantes dos resultados clínicos e econômicos.

Em termos de gestão e financiamento, os dois sistemas também divergem. Nos sistemas fragmentados, a gestão é feita por estruturas isoladas de cada ponto de atenção. O planejamento é pautado pela oferta, baseado em séries históricas e definido pelos interesses dos prestadores. A lógica de financiamento baseia-se no pagamento por procedimentos. Já nos sistemas integrados, existe uma governança sistêmica que articula todos os componentes da rede. O planejamento é feito a partir das necessidades, definidas pela situação das condições de saúde da população, por seus valores e preferências. O financiamento é feito por valor global ou por capitação de toda a rede (MENDES, 2011).

Com base nessa proposta de tipologia, o autor destaca que a crise contemporânea observada nos sistemas de atenção à saúde reflete, portanto, o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas e a hegemonia de sistemas de saúde ainda voltados predominantemente para responder às condições agudas. Dessa forma, esclarece que

Os sistemas de atenção à saúde movem-se numa relação dialética entre fatores contextuais (como envelhecimento da população, transição epidemiológica e avanços científicos e tecnológicos) e os fatores internos (como cultura organizacional, recursos, sistemas de incentivos, estrutura organizacional e estilo de liderança e de gestão). Os fatores contextuais que são externos ao sistema de atenção à saúde mudam em ritmo mais rápido que os fatores internos que estão sob a governabilidade setorial. Isso faz com que os sistemas de atenção à saúde não tenham a capacidade de adaptarem-se, em tempo, às mudanças contextuais, especialmente demográficas e epidemiológicas. Nisso reside a crise universal dos sistemas de atenção à saúde que foram concebidos e desenvolvidos com uma presunção de continuidade de uma atuação voltada para as condições e eventos agudos e desconsiderando a epidemia contemporânea das condições crônicas. Como consequência, temos uma situação de saúde do século XXI sendo respondida por um sistema de atenção à saúde desenvolvido no século XX, quando predominaram as condições agudas, o que não pode dar certo (MENDES, 2011, p. 51).

A partir da análise das propostas e visões dos autores apresentados, nota-se que, independente do modelo de tipologia a ser adotado, é sugerida a necessidade de reforma

dos sistemas de saúde. Os meios e os rumos dessas reformas irão variar conforme o contexto histórico, os valores e as prioridades de cada sociedade. Entretanto, existe um ponto comum que deve ser melhor aprofundado: os componentes dos sistemas de saúde e sua dinâmica. É preciso ter clareza sobre esses elementos e suas relações, para entender em quais aspectos tais reformas podem (e devem) intervir, e quais resultados poderão alcançar.

Lobato e Giovanella (2012) afirmam que embora os estudos possam divergir na ênfase ou na hierarquia dada aos elementos dos sistemas de saúde, existe atualmente na literatura certo consenso sobre quais são seus componentes. O primeiro deles consiste na cobertura populacional e no catálogo de benefícios e ações de saúde. Do ponto de vista populacional, a cobertura é considerada universal, quando todos os cidadãos têm acesso irrestrito à atenção à saúde, ou segmentada, quando o acesso é diferenciado por grupos populacionais, conforme alguma condição, como renda, posição profissional, entre outros. Em relação à cobertura de serviços, essa irá variar conforme o modelo de proteção social predominante no país. Quanto maior a noção da saúde como uma questão coletiva, mais completa e abrangente será a cobertura de serviços no sistema. É o caso dos sistemas públicos e universais de saúde. Por outro lado, em sistemas do tipo seguro social, a cobertura populacional se restringe a determinado grupo de beneficiados, com uma carteira delimitada de serviços previamente acordada.

O segundo componente é o financiamento, que abarca tanto o volume de recursos que viabilizam e dão sustentabilidade ao sistema (as entradas ou receitas), como sua alocação dentro do sistema (o quanto é destinado para quem). O financiamento entendido como o montante de recursos disponíveis para a atenção à saúde está diretamente relacionado aos pactos sociais de longo prazo e envolve decisões de toda a sociedade. Por sua vez, a alocação desses recursos consiste em uma função interna e dinâmica dos sistemas, dependendo de decisões de atores e instituições a eles vinculados. Sem dúvidas, esse componente é um dos mais estratégicos para o alcance dos objetivos de proteção e melhoria da saúde dos cidadãos. Evidências apontam que o modelo de financiamento dos sistemas influencia diretamente o seu desempenho. Experiências de diversos países têm revelado que quanto mais público e solidário for o financiamento, mais favoráveis são os resultados alcançados (CONILL, 2006).

A força de trabalho, que compreende o conjunto de profissionais que desenvolvem as atividades de atenção à saúde, destaca-se como terceiro componente. Contempla desde

profissionais médicos, enfermeiros e toda equipe multidisciplinar, até os gestores que, apesar de não lidarem diretamente com o cuidado ao paciente, participam ativamente do sistema. Esse componente demanda especial atenção uma vez que o extenso rol de profissionais tem interesses específicos, organizam-se em corporações e sindicatos, exercendo grande influência na condução dos sistemas. O poder e o espaço desses atores e seus mecanismos de representação irão depender da capacidade de regulação do Estado no sistema. Da mesma forma, a formação educacional desses profissionais irá influenciar a estrutura e organização da força de trabalho, sendo também balizada pela regulação exercida pelos sistemas sobre as práticas assistenciais (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

O quarto componente é a rede de serviços, que contempla tanto os serviços coletivos, direcionados à prevenção, promoção e controle, tendo, portanto, impacto sobre o conjunto da população, quanto os serviços de assistência individual, sejam ambulatoriais ou hospitalares. Esses serviços são organizados em níveis de atenção conforme a complexidade e o volume de tecnologia empregados. Em relação a esse aspecto, o que se observa é que sistemas que focam na atenção primária e na prevenção, em geral conseguem alcançar melhores resultados com menores volumes de recursos (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Quinto componente dos sistemas de saúde, os insumos contemplam todos os tipos de recursos usados no processo de prevenção e recuperação da saúde. Trata-se de um ponto chave, tendo em vista que a maioria dos sistemas exercem pouca interferência sobre a produção desses insumos, sendo uma área de muito conflito, uma vez que envolve grande montante de recursos e interesses econômicos supranacionais. Assim, problemas na provisão oportuna e na distribuição desses insumos no interior dos sistemas demandam medidas como regulação rigorosa e utilização racional desses recursos (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

O sexto componente listado por Lobato e Giovanella (2012), compreende dois temas de grande relevância para a melhoria das condições de saúde da população: tecnologia e conhecimento. Fundamental para o aprimoramento dos sistemas, esses dois eixos, assim como os insumos, consistem em desafios importantes, visto que, em geral, são produzidos e distribuídos de maneira desigual, sendo fortemente pautados e controlados pelo complexo econômico industrial da saúde e pelos princípios de mercado.

O último componente abrange todas as organizações envolvidas nos sistemas, responsáveis pela sua condução, administração, gestão e regulação. Segundo Lobato e Giovanella (2012), todos os sistemas, até mesmo os mais liberais e privatizados, possuem organizações públicas responsáveis por ações de saúde. Em geral, organizações nacionais possuem papéis centrais nos sistemas, e como as atribuições são muitas e complexas, diversificam-se as funções entre várias estruturas. As autoras destacam que para o bom desempenho dos sistemas, mais importante do que o número de organizações existentes, é a forma como elas se relacionam e em que medida são capazes de operar no sentido de otimizar sua efetividade. São considerados exemplos de organizações, os ministérios e secretarias de saúde, agências reguladoras, empresas, entre outras.

É importante destacar que esses componentes não se encontram estáticos e independentes dentro dos sistemas. Pelo contrário, estão em constante interação, formando uma complexa rede que irá resultar em políticas, ações e serviços prestados à sociedade. Nesse sentido, Lobato e Giovanella (2012) defendem que essa dinâmica dos componentes dos sistemas de saúde pode ser caracterizada por funções inter-relacionadas que, inseridas no contexto sócio, político e econômico, irão determinar o desempenho e os resultados a serem alcançados.

Para as autoras, seriam quatro as funções essenciais dos sistemas de saúde: alocação de recursos, que contempla as relações entre financiadores e prestadores de serviços, sendo definidos os mecanismos e critérios de distribuição de recursos no interior do sistema; prestação de serviços, que está diretamente relacionada à estrutura do sistema, sua organização e às modalidades de serviços ofertados; gestão, que é a função de conduzir o sistema, incluindo a formulação das políticas, seu planejamento, financiamento, estruturação das redes de serviço, seu controle e avaliação; e, regulação, fortemente relacionada ao papel do Estado, com a definição de mecanismos de leis e normativos capazes de mediar interesses e permitir a realização dos objetivos dos sistemas (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Reforçando essa noção de interatividade entre componentes e as funções dos sistemas, Kutzin (2013) identifica que todo sistema de saúde tem três grandes objetivos: promover equidade e melhoria nos níveis de saúde da população; assegurar proteção contra riscos financeiros e equidade na carga financeira da saúde; e, responder bem às expectativas não-médicas da sociedade. Para alcançá-los, o autor defende que é necessário que o sistema

performe quatro funções: financiamento, que compreende as etapas de arrecadação de recursos, sua alocação e a compra de serviços (seja por meio de rede pública, ou do setor privado); prestação de serviços, tanto individual, quanto em base populacional; fornecimento de recursos físicos, humanos e insumos, que permitirão a oferta de serviços; e, *stewardship*, termo em inglês sem tradução específica para o português, que representa a noção de governança, contemplando os processos de gestão, controle e regulação do sistema.

Já Connil (2006) e Mendes (2011) também reconhecem esse aspecto dinâmico entre os componentes dos sistemas, todavia, acreditam em um modelo pautado em três funções estratégicas a serem exercidas pelos mesmos: regulação, financiamento (segmentado/universal, público/privado) e prestação de serviços (integrados/fragmentados, público/privado, lucrativo/filantrópico, cobertura universal/segmentada).

Independente da classificação utilizada, fica evidente que é preciso ter em mente tais funções tanto ao se analisar o desenvolvimento e o desempenho dos sistemas de saúde, quanto ao propor medidas para sua reforma. Assim, considerando o arcabouço conceitual apresentado, o tópico a seguir se propõe a contextualizá-lo a partir do relato da experiência brasileira, de forma a ilustrar, na prática, como os efeitos dessa complexa e dinâmica gama de interações entre atores e seus interesses, irão variar conforme os contextos distintos vividos pela sociedade.

1.2.3 Da teoria à prática: a experiência brasileira

A construção e a consolidação de um sistema de saúde são resultantes do conjunto de embates e sinergias estabelecido pelos atores sociais, refletindo o momento histórico no qual se insere, a situação econômica vigente tanto no território nacional, como para além de suas fronteiras, o grau de conhecimento científico estabelecido na sociedade e a capacidade de articulação e de influência dos grupos sociais sobre a política. Como destacam Cunha e Cunha (1998), buscar as referências históricas sobre o processo de formulação da política de saúde e de sua vinculação com o contexto mais geral do país permite compreender melhor o momento atual vivenciado pelo sistema e seu significado para aquela sociedade.

Nesse sentido, esta seção dedica-se a um resgate histórico do período que antecedeu a implantação do SUS, para que se tenha clareza tanto do contexto no qual este foi concebido quanto das heranças que ele carrega.

Como percurso metodológico para esse caminhar pela experiência brasileira, optou-se por acompanhar, não sem certa liberdade, os recortes temporais estabelecidos na literatura (OLIVEIRA; FLEURY, 1989; ANDRADE, 1999; LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; PAIM *et al.*, 2011; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012; ESCOREL, 2012). Não se pretende tecer um retrato histórico profundo e completo da experiência brasileira, mas sim destacar alguns aspectos que influenciaram (ou foram influenciados) a organização sanitária no país.

O Quadro 2 apresenta os contextos macro e socioeconômico, político, bem como as características da política/sistema de saúde. Trata-se de uma adaptação da proposta apresentada por Paim e colaboradores (2011), sendo acrescentados aspectos pertinentes apresentados pelos demais autores estudados. De modo a sistematizar os achados, a seção será subdividida em tópicos encerrando quando da promulgação da CF/88, etapa a partir da qual será discutida na seção seguinte.

Quadro 2 - Contextos e características da política/sistema de saúde por período histórico - Brasil - 1500 a 1988 (continua)

Período	Contexto macroeconômico e socioeconômico	Contexto político	Política/Sistema de saúde
Colonialismo e Império (1500-1889)	<ul style="list-style-type: none"> • Colonialismo Português (1500 - 1822) <p>Exploração de matérias-primas e monopólio comercial por Portugal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Império (1822-1889) <p>Abertura dos portos (1808), surgimento do capitalismo moderno e início da industrialização</p>	<p>Controle político e cultural de Portugal</p> <p>Centralismo político e sistema de coronelismo, que dava aos grandes proprietários de terra o controle político de províncias e localidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Século XVI: <ul style="list-style-type: none"> • Criação de hospitais da Santa Casa de Misericórdia (primeira em 1543) • Organização sanitária incipiente - ausência de regulamentação. • Cuidado baseado nos costumes e conhecimentos dos diferentes grupos sociais • Estruturas de saúde com ênfase na polícia sanitária • Administração da saúde centrada nos municípios • Criação das primeiras instituições de controle sanitário dos portos e de epidemias (1828 e 1850)
República Velha (1889-1930)	<p>Economia agroexportadora (capital comercial), expansão da industrialização, substituição da mão de obra escrava pela assalariada, crise do café, insalubridade nos portos, advento da era da microbiologia</p>	<p>Estado liberal-oligárquico, revoltas militares e emergência das questões sociais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP; 1897) • Revolta da vacina (1904) • Reformas das competências da DGSP (Oswaldo Cruz; 1907) • Caixas de Aposentadoria e Pensão (Lei Eloy Chaves; 1923) • Incipiente assistência à saúde pela previdência social • Dicotomia entre saúde pública e previdência social
Ditadura Vargas (1930-45)	<p>Industrialização, manutenção da estrutura agrária</p>	<p>“Estado Novo” - Estado autoritário entre 1937 e 1938</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde pública institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública • Previdência social e saúde ocupacional institucionalizadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio • Campanhas de saúde pública contra a febre amarela e a tuberculose • Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) - ampliação da previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos, contencionismo de benefícios, participação do Estado no financiamento (meramente formal) e na administração dos fundos

Fonte: Adaptado. Paim et al (2011)

Quadro 2 - Contextos e características da política/sistema de saúde por período histórico - Brasil - 1500 a 1988 (continuação)

Período	Contexto macroeconômico e socioeconômico	Contexto político	Política/Sistema de saúde
Redemocratização e desenvolvimento (1945–64)	Substituição de importações, rápida urbanização, migrações, penetração do capital internacional	Governos liberais e populistas	<ul style="list-style-type: none"> • Criação Ministério da Saúde (1953) • Leis unificaram os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos (1960) • Expansão da assistência hospitalar • III Conferência Nacional de Saúde • Surgimento de empresas de saúde
Ditadura militar (1964–85)	<p>Internacionalização da economia</p> <p>Milagre econômico (1968–73)</p> <p>Final do milagre econômico</p> <p>Penetração do capitalismo no campo e nos serviços</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Golpe militar, ditadura (1964) • Reforma administrativa (1966) • Crise política (eleições de 1974) • Abertura política lenta, segura e gradual (1974-79) • Liberalização • Criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (1976); movimentos sociais • 1o. Simpósio de Política de Saúde do Congresso (1979) • Transição política (1974-84) • Criação da ABRASCO (1979) 	<ul style="list-style-type: none"> • Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde (1966) • Capitalização da medicina pela previdência social • Crise do sistema de saúde • Programas de Extensão de Cobertura (PEC) para populações rurais com menos de 20.000 hab. • Crise na previdência social • Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS; 1977) • Centralização do sistema de saúde, fragmentação institucional, beneficiando o setor privado • INAMPS financia estados e municípios para expandir a cobertura
Transição democrática (1985–88)	Fim da recessão, reconhecimento da dívida social e planos de estabilização econômica	<ul style="list-style-type: none"> • Início da “Nova República” (1985) • Saúde incluída na agenda política • VIII Conferência Nacional de Saúde • Ampliação do Movimento de Reforma Sanitária • Assemb. Nacional Constituinte • CF/1988 	<ul style="list-style-type: none"> • INAMPS continua a financiar estados e municípios • Expansão das AIS • Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS (1987) • Contenção das políticas privatizantes • Novos canais de participação popular

Fonte: Adaptado. Paim et al (2011)

1.2.3.1 Colônia e Império (1500-1889)

Oliveira e Fleury (1989) defendem que ao se tentar desenvolver um estudo de natureza histórica, a primeira premissa que se coloca é localizar o marco inicial do objeto da análise. No caso da saúde, não tem como dissociá-la dos primórdios do Estado Brasileiro, por isso o breve retorno aos períodos da Colônia e do Império. Galvão (2009) reforça a importância de se estudar as origens da saúde pública no país desde o período colonial, uma vez que já naquela época era possível identificar situações que permanecem na agenda de discussão setorial até os dias atuais, como as responsabilidades sobre a formulação e execução das políticas de saúde, a opção sobre o foco nas atividades de prevenção ou em medidas curativas, entre outras.

Durante o colonialismo, a atividade econômica se resumia à exploração de matérias-primas, com monopólio comercial português. Também era de Portugal o controle político e cultural da sociedade. A organização sanitária era incipiente e seus grandes desafios eram as doenças pestilentas e o restrito acesso à atenção à saúde, que se resumia a práticas sem qualquer regulamentação, realizadas de acordo com os costumes e conhecimentos dos diferentes grupos sociais (imigrantes europeus, índios e escravos). Em situações de doenças, recorria-se ao que fosse viável financeira ou fisicamente. Data de 1543, o surgimento da primeira Santa Casa de Misericórdia do país, que por meio da filantropia, acolhia indigentes, viajantes e doentes. Essas instituições foram estabelecidas inicialmente em Santos, São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e Olinda, localidades essencialmente portuárias (BAPTISTA, 2007; PAIM, 2009b; PAIM *et al.*, 2011).

Foi em 1808, com a vinda da Família Real e com o estabelecimento da cidade do Rio de Janeiro com sede provisória do Império Português, que se esboçam os primeiros arranjos no campo do setor saúde no Brasil. Cabe esclarecer, que as medidas tomadas não faziam parte de um projeto com caráter social de preocupação com a saúde da população, mas sim tratavam-se, fundamentalmente, de uma forma privilegiada de articular a atividade médica ao poder soberano. Assim, nesse período, foi abandonada a proibição do ensino superior nas colônias e fomentada a criação de centros de formação médica, sendo inaugurada, ainda em 1808, a primeira escola de medicina na Bahia, e mais tarde no mesmo ano, criada a Escola de Medicina, Anatomia e Cirurgia no Rio de Janeiro. Despontam as primeiras

instâncias de saúde pública brasileiras, a Fisicatura-mor e a Provedoria-mor de saúde, tal como na organização portuguesa. À primeira competia responder sobre o saneamento, profilaxia de doenças epidêmicas e por questões relativas ao exercício do trabalho na área da saúde. Já a segunda, tinha como objetivo garantir a salubridade da corte, fiscalizando navios para impedir a entrada de doenças nas cidades litorâneas (PAIM, 2009b; GALVÃO, 2009; BRASIL, 2011a; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Com o fim do período do período regencial, o contexto político passou a ser marcado pelo centralismo imperial e pelo sistema do coronelismo, no qual eram conferidos aos grandes proprietários de terra o controle político de províncias e localidades. O contexto econômico caracterizou-se pela abertura dos portos, pela influência do capitalismo moderno e pelo início do processo da industrialização. As ações de saúde pública e de regulamentação da medicina deixaram de ser responsabilidade de instituições vinculadas à Coroa Portuguesa, passando a ficar sob a alçada das Câmaras Municipais existentes, o que implicou em atividades desarticuladas, influenciadas pelos diversos interesses locais (PAIM, 2009b; GALVÃO, 2009; BRASIL, 2011a; PAIM *et al.*, 2011; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Com a crise sanitária em meados do século XIX e o centralismo político característico do período, a atuação das municipalidades, já frágil e sem autonomia, é ainda mais reduzida. Nesse novo arranjo, o poder central passou a atuar na normatização dos serviços, enquanto os poderes locais se responsabilizavam pela alocação de recursos e execução das ações. Tal estratégia mostrou-se ineficiente tanto pela incapacidade de articulação do governo local com as províncias, com pela baixa disposição do governo imperial descentralizar recursos, mesmo diante dos quadros de epidemia (PAIM *et al.*, 2011; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

A organização dos serviços de saúde passou por mudanças, principalmente nas últimas décadas do império. Durante esse período, foram criadas no Rio de Janeiro diferentes estruturas, tais como a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos (1829), a Junta de Higiene Pública (1850), a Inspetoria Geral de Higiene (1886), e o Conselho Superior de Saúde Pública (1886). Apesar dos esforços, esse período, como esclarece Galvão (2009), foi caracterizado pela enorme ineficiência, já que correspondia a uma sociedade escravista, pouco preocupada com os problemas sanitários da força de trabalho e com as exigências do mercado internacional (BAPTISTA, 2007; GALVÃO, 2009; PAIM, 2009b; BRASIL, 2011a; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Essa fase se encerra marcada por uma estruturação rudimentar e centralizada, focada na capital e no capital, sem qualquer preocupação com as necessidades da população. As iniciativas desenvolvidas no campo da saúde durante a Colônia e o Império, estavam estritamente relacionadas ao interesse político e econômico do Estado de garantir sua sustentabilidade e a produção da riqueza, seguindo políticas, já praticadas na Europa, de controle da mão-de-obra e de produtos. Há que se reconhecer, contudo, que apesar de se configurar como um arranjo liberal, marcado pela concorrência e até por liberdades negativas, trata-se dos primeiros passos no âmbito da organização sanitária no Brasil.

1.2.3.2 República Velha (1889-1930)

As últimas décadas do século XIX foram marcadas por importantes mudanças tanto na configuração do Estado brasileiro, como no campo da saúde pública. O contexto internacional caracterizava-se pela expansão industrial na Europa e nos Estados Unidos, o que provocou uma exportação de capitais e serviços para as formações sociais da América e da África, em troca de produtos agrícolas. Foi nesse contexto, que no Brasil, observou-se a queda do regime monárquico e o estabelecimento de uma República Federativa. Foi estabelecido no país o chamado Estado Liberal-Oligárquico, no qual as oligarquias agrárias assumem o poder e dão início à chamada política do “café com leite”, na qual representantes de São Paulo e Minas Gerais se revezavam na presidência (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

A cafeicultura era o setor mais importante de economia, que, a partir de então, passava-se a se destacar como agroexportadora. Às oligarquias agrárias interessava modernizar o país com vistas a adequá-lo ao modelo capitalista de produção. Assim, em 1888, tem-se a abolição da escravatura, e com ela consolidam-se os processos de redefinição das relações de trabalho e de consolidação da mão-de-obra assalariada. Parte da riqueza decorrente do café foi aplicada na urbanização, o que favoreceu a industrialização e a expansão das atividades comerciais. Imigrantes europeus tiveram entrada expressiva no país, não apenas expandindo a população urbana, como, ao trazerem consigo ideias anarquistas,

influenciaram greves e protestos que marcaram a época (BERTOLI FILHO, 1996; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Todo esse desenvolvimento, não acarretou em mudanças nos serviços de saúde, de forma que o arranjo organizado estabelecido no final do império permaneceu durante o governo provisório (novembro de 1889 a janeiro de 1891). O maior avanço sanitário dessa época foi a introdução da vacinação obrigatória contra a varíola e a criação de uma lista de doenças de notificação compulsória, medidas essas influenciadas pela intensa modernização tecnológica observada no contexto internacional com o advento da chamada “era da microbiologia”. A tendência de centralização das ações de saúde foi revertida com a promulgação da Constituição de 1891, que embora tímida no reconhecimento da proteção social, atribuiu aos estados e municípios a responsabilidade sobre as ações de saúde, saneamento e educação, deixando a cargo do governo central apenas as ações de vigilância sanitária dos portos e os serviços de saúde do Distrito Federal (PAIM, 2009b; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Todavia, a falta de saneamento e a ausência de um modelo sanitário bem definido, ou como descreve Paim (2009b) a existência de um “não-sistema de saúde”, continuavam a prejudicar o avanço econômico, o que motivou os governos republicanos a elaborarem planos de combate às enfermidades e tornarem contínuas as intervenções estatais, configurando, efetivamente, as primeiras políticas de saúde no país. Deu-se início à busca por conhecimento e o incentivo a pesquisas.

Em 1897, foi criada, a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), vinculada ao Ministério da Justiça e dos Negócios Interiores, cujo objetivo era melhorar a atuação dos serviços de saúde, em especial na capital e nos portos, locais mais sensíveis à política de obtenção de mão de obra e de agroexportação. A partir de 1902, ocorreram mudanças significativas na condução das políticas de saúde pública, sendo conciliadas ações de saneamento, urbanização e combate de epidemias. Os resultados não se limitaram ao controle de algumas doenças, mas avançaram principalmente em relação ao conhecimento acerca das mesmas. Despontou um ativo movimento de Reforma Sanitária liderado pela nova geração de médicos higienistas, como Oswaldo Cruz, Emílio Ribas, Carlos Chagas, entre outros, que trouxe a situação de saúde como uma questão social e política, caracterizando-a como um grande obstáculo à civilização (BAPTISTA, 2007; BRASIL, 2011a).

Oswaldo Cruz, o então Diretor Geral de Saúde Pública, passou a implementar, progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde. Em paralelo, adotou o modelo de “campanhas sanitárias” para combater epidemias urbanas e rurais. Essas campanhas eram realizadas sob moldes quase militares (saúde como caso de polícia). Sua natureza autoritária foi recebida com desconfiança e medo pela sociedade. Tal oposição culminou, em 1904, na Revolta da Vacina, episódio de resistência a uma campanha de vacinação obrigatória contra a varíola, que fez com que o governo, (im)pressionado e desgastado com os acontecimentos, retrocedesse, tornando a vacinação facultativa aos cidadãos interessados (BERTOLI FILHO, 1996; PAIM *et al.*, 2011). Apesar desse episódio, a expansão da autoridade estatal sobre o território prosseguiu, o que, acompanhado pelo estabelecimento das bases para configuração de uma burocracia em saúde pública, confluiu para a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920, reforçando o papel do governo central e a verticalização das ações (BAPTISTA, 2007; BRASIL, 2011a). Cabe destacar, que no campo da assistência médica individual, perpetuava-se o modelo no qual as classes dominantes recorriam aos profissionais liberais da medicina (os “médicos de família”), enquanto o restante da população estava à sorte do atendimento caritativo filantrópico, ou dos cuidados baseados nos costumes e conhecimentos caseiros.

Assim, na década de 20, diante dessa segregação entre ações de saúde pública e a assistência médico-hospitalar e das revoltas populares que pressionavam por ações públicas mais efetivas na atenção à saúde, começaram a ser organizadas associações de auxílio mútuo para lidar com problemas de invalidez, doença e morte. Na verdade, esse processo se insere num contexto político e social mais amplo, sendo influenciado pela contradição entre a postura claramente liberal do Estado frente às questões trabalhistas e sociais, e a oposição feita a essa posição por parte do movimento operário-sindical, que apesar das dificuldades e oscilações, expandia sua importância. Tal postura predominou no período entre a promulgação da Constituição de 1934 e o fim do Governo Provisório até mais ou menos 1939, quando se tem a publicação da primeira lei sobre indenização por acidente de trabalho (OLIVEIRA; FLEURY, 1989; CUNHA; CUNHA, 1998; BAPTISTA, 2007).

Foi, em 1934, com a publicação da Lei Eloi Chaves, que regulamentava a formação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), que se modifica essa postura liberal e estabelece-se o modelo de intervenção estatal nas áreas social e trabalhista. Essas caixas, que seguiam o regime de direito privado e detinham administração própria de seus fundos,

forneciam aos seus segurados (e suas famílias) serviços médicos, medicamentos, aposentadorias e pensões. Há que se esclarecer que a intervenção estatal restringiu-se ao campo normativo, por meio da imposição legal da criação de instituições previdenciárias em determinados setores da economia. O Estado não participava do financiamento das Caixas, ficando esse a cargo da contribuição de empregados (exclusivamente parte do operariado urbano, sendo onerados em 3% dos ganhos brutos), empregadores (1% da receita bruta, aumentando para 1,5% em 1926), e dos consumidores dos produtos dessas empresas, via a chamada “quota da previdência”, correspondente a um acréscimo de 1,5% a 2% das tarifas (OLIVEIRA; FLEURY, 1989; ANDRADE, 1999).

Assim, sobre os últimos anos desse período também conhecido como Primeira República, vale resgatar os achados de Baptista (2007), que conclui que

(...) apesar de o Estado não ter definido um sistema de proteção abrangente e de se ter mantido à parte dessa forma de organização privada, restringindo-se a legalizá-la e a controlá-la à distância, esse modelo serviu de base para a constituição de um primeiro esboço de sistema de proteção social no Estado Brasileiro, que se definiu a partir dos anos 30 no contexto do governo de Getúlio Vargas (BAPTISTA, 2007, p. 36).

1.2.3.2 Era Vargas (1930-1945)

A década de 30 despontou em um contexto de instabilidade. No mundo, a crise do capitalismo em 1929 afetava a economia, trazendo severos reflexos para as exportações. No cenário nacional, a crise da hegemonia do setor agroexportador (em especial ao segmento cafeeiro, influenciado pela expressiva queda de preços) e as cisões de grupos regionais, com perda de legitimidade de um governo engessado pela crise nas contas públicas, culminam na chamada “Revolução de 30”. O movimento - liderado por frações da classe dominante (não vinculada à exportação de café), com o apoio de camadas médias urbanas (profissionais liberais, intelectuais, militares) - rompeu com a hegemonia política das oligarquias cafeeiras. Getúlio Vargas assume a presidência e promove uma ampla reforma política e administrativa, suspendendo a Constituição de 1891, governando por meio de decretos até 1934, quando o Congresso promulgou nova Carta Magna. Com dificuldades para governar democraticamente, Vargas buscou centralizar a máquina pública e bloquear reivindicações sociais, adotando medidas populistas. As políticas sociais assumiram,

portanto, um papel estratégico, sendo usadas, sob o argumento de “bondade” do presidente, para justificar o sistema autoritário. Ou seja, no discurso, ações como dádivas do governo e não como conquistas do trabalhador (BERTOLI FILHO, 1996; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012; LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Assim, as mudanças institucionais passaram a moldar as políticas públicas brasileiras e o arcabouço legal e material estabelecido à época acabou por influenciar a conformação do sistema de proteção social observado no país até o período recente. Na economia, a regulamentação da relação entre capital e trabalho foi a estratégia utilizada para viabilizar os planos de uma nova fase, marcada pela expansão da indústria de substituição das importações. Foram promulgadas as leis trabalhistas ao mesmo tempo em que foi criado o Ministério do Trabalho, atrelando a ele os sindicatos. Na agenda política, o tema central era a relação entre governo central e estados, nação versus federação, concentração versus descentralização (incluindo o papel dos municípios e sua relação com o governo central). No campo da previdência social, houve a expansão dos benefícios a todas as categorias do operariado urbano, havendo substituição das Caixas de Aposentadorias e Pensões pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que não mais se organizam por empresas, mas sim por categoria profissional. Foi nessa época que se evidenciou, além de uma orientação contencionista de gasto por segurado, uma modificação no financiamento dos institutos que rompeu com a relação existente até então entre a empresa e sua caixa de aposentadoria, introduzindo, enfim, a contribuição da União. Todavia, o que era para instituir no sistema o financiamento tripartite (empresa, empregado, Estado), culminou, por um lado, com uma dívida da União com as instituições previdenciárias, e por outro, com o aumento do controle estatal nos institutos (OLIVEIRA; FLEURY, 1989; ANDRADE, 1999; LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

As políticas de saúde tinham como objetivo seguir o projeto político ideológico da constituição do Estado Nacional Brasileiro, sendo observado um processo de centralização de serviços. Mecanismos burocráticos capazes de viabilizar a integração entre as esferas administrativas (federal, estadual e municipal) foram desenvolvidos a fim de normalizar e controlar a execução das ações de saúde no país. Do ponto de vista institucional, a criação do Ministério da Educação e Saúde (MESP) foi o principal marco, tendo como responsabilidade tudo o que não se configurava como área da medicina previdenciária, uma vez que essa era atribuição do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Cabia ao

MESP a prestação de serviços aos pré-cidadãos, indivíduos não habilitados (pobres, desempregados, ou trabalhadores do mercado informal) aos serviços oferecidos pelos Institutos. No âmbito da saúde coletiva, o sanitarismo campanhista atinge seu auge. Em 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com vistas a atuação em áreas não cobertas pelos serviços tradicionais (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Conclui-se, portanto, que o sistema de proteção social nesse período caracterizou-se pela centralização em grandes burocracias, sem participação da sociedade, com a formalização de arranjo institucional dual, fragmentado e desigual, que levou a conduções distintas das políticas de saúde no país (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; PAIM *et al.*, 2011).

1.2.3.4 Redemocratização e desenvolvimentismo (1945-1964)

O fim da II Guerra Mundial com a vitória dos Aliados e dos Estados Unidos, trouxeram reflexos importantes no Brasil. Manifestações populares contra a ditadura resultaram na deposição de Vargas em 1945. No ano seguinte foi promulgada nova Constituição Federal. A partir de então, o país vivenciou o chamado período de redemocratização, marcado pelo pluripartidarismo, por eleições diretas para os principais cargos políticos, e pela liberdade de imprensa. Ainda no contexto internacional, surgiam, na Europa, os Estados de Bem-estar Social, cujo objetivo era reerguer as economias e configurar Estados fortes, comprometidos com a democracia e a justiça social. Associado a esse otimismo, pregavam-se as noções de saúde como um bem de valor econômico e da necessidade de investimento na força de trabalho para o progresso das nações. Além disso, era claro o interesse norte-americano pela expansão da proposta de sociedades desenvolvidas no mundo livre, com altos índices de industrialização e urbanização, crescimento da produção material e dos padrões de vida (BERTOLI FILHO, 1996; LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; BAPTISTA, 2007; BRASIL, 2011a; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

No cenário interno, apesar da vigência do regime democrático, a política populista herdada foi mantida, ofuscando a falta de medidas destinadas efetivamente aos grandes problemas da sociedade. Na economia, a industrialização deslanchou e os grandes centros urbanos assumiram o papel de pólo dinâmico da economia, gerando uma grande massa operária,

que pressionava por melhoria da qualidade de vida, saúde e trabalho. Manifestações nacionalistas em oposição às pressões internacionais, principalmente decorrentes do imperialismo norte-americano, marcaram a década de 50. Todavia, houve um forte aumento da entrada de capital estrangeiro na economia, favorecendo a proposta desenvolvimentista do Estado (BERTOLI FILHO, 1996; PAIM *et al.*, 2011).

As influências internacionais também se fizeram sentir no campo da saúde. Frente aos avanços da indústria de equipamentos médicos e da indústria farmacêutica, o modelo de atenção à saúde passou a ser hospitalocêntrico, com rápida expansão de serviços, incorporação de tecnologias e especialização do cuidado. O chamado sanitarismo desenvolvimentista se contrapunha ao sanitarismo campanhista, herança da estrutura centralizada e verticalizada do Governo Vargas. O ideal de seguridade social discutido no pós-guerra trazia para agenda a contraposição ao conceito de seguro vigente no período anterior. Nesse sentido, Andrade (1999) esclarece que para além da íntima relação com o financiamento do processo de acumulação industrial, a previdência passou a funcionar como alicerce para a construção de um Estado de Bem-estar Social. Sinalizando as transformações que estavam por vir no modelo de proteção social, a legislação previdenciária progressivamente foi desmontando as medidas contencionistas do período anterior, ampliando tanto os benefícios, como os critérios de acesso dos segurados. No âmbito da assistência médica previdenciária, crescia a luta para que todos os IAP fornecessem assistência médica. Em 1960, foi promulgada lei que igualava os direitos dos trabalhadores, todavia, a mesma não foi posta em prática, muito em decorrência da resistência de unificação desses institutos, sob o argumento de nivelar por baixo. Surgiram os primeiros serviços médicos contratados pelas empresas, embriões dos futuros convênios com a chamada “medicina de grupo”. Entre os marcos institucionais desse período tem-se a criação do Ministério da Saúde em 1953, a reorganização dos serviços nacionais do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) em 1956, implantação de campanhas nacionais de controle e erradicação de doenças de 1958 a 1964, e a realização da III Conferência Nacional de Saúde em 1963, evento final da saúde na experiência democrática (BERTOLI FILHO, 1996; LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; BAPTISTA, 2007; BRASIL, 2011a; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

A III Conferência Nacional de Saúde teve um papel importante na história ao sinalizar um movimento na direção da descentralização, horizontalidade e integração das ações de

saúde. A estratégia de municipalização ventilou como o novo projeto sanitário, sustentado em um modelo de cobertura de serviços que começava pelo atendimento básico no âmbito dos municípios, estendendo-se até o nível terciário da atenção especializada. Todavia, as propostas que embasavam um sistema de saúde de base municipalista, sem perder a noção do federalismo, acabaram minadas pelo período de Ditadura Militar que ocorreu menos de seis meses depois da Conferência (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; BAPTISTA, 2007; BRASIL, 2011a; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Encerrando a análise dessa etapa do período democrático, compartilha-se da percepção de Luz (1991), que defende uma tomada de consciência coletiva sobre as dificuldades enfrentadas, o que diante da impossibilidade de soluções reais por parte do aparato institucional, trouxe um impasse (de natureza, inclusive, estrutural) para as políticas de saúde. Como saída para esse cenário, configurou-se uma grande movimentação social no início dos anos 60, conduzida por uma elite progressista sob a reivindicação de “reformas de base”, dentre elas uma reforma sanitária consistente, o que não vingou, dadas as forças políticas conservadoras que levaram ao golpe militar em 1964.

1.2.3.5 Ditadura Militar (1964-1985)

Com o golpe militar, em 1964, os atos do Executivo foram suprimindo, progressivamente, os direitos políticos e civis. A nova Constituição promulgada em 1967 institucionalizou o regime militar e suas formas de atuação. Com características autoritário-burocrático, esse regime se ergueu com base no tripé: capital internacional, capital nacional e tecnocracia civil e militar com forte viés político. O discurso era de modernização, mas o objetivo era o favorecimento da acumulação capitalista. Por meio de reformas financeira, fiscal, previdenciária, administrativa e tributária, reformatou-se o aparelho estatal. Aumentavam os investimentos em infraestrutura e reduziam os gastos sociais. A relação interfederativa também foi abalada, havendo uma centralização financeira no governo federal, com respectivo esvaziamento do papel de estados e municípios, que ficaram reféns de transferências da União (BERTOLI FILHO, 1996; ESCOREL, 2012).

As medidas tomadas levaram ao período chamado de Milagre Econômico, que marcou o país de 1968 a 1974. O PIB chegou a crescer, em média, 10% ao ano. Tal elevação foi resultado da modernização da estrutura produtiva nacional e também decorreu, em grande parte, da política de inibição das conquistas salariais obtidas na década de 50. Tratava-se, portanto, de uma falsa ilusão de desenvolvimento nacional, visto que o poder de compra do salário mínimo foi sensivelmente reduzido. A partir de 1973 começaram a surgir os problemas de continuidade da política e, no ano seguinte, com a crise do petróleo, constatou-se que a estratégia de “crescer para fora” já estava esgotada. Assim, como saldo desses dez anos de regime militar destaca-se a precarização das condições de vida de grande parcela da população, contabilizando: concentração de renda, arrocho salarial com perda do poder aquisitivo, inflação, queda na oferta de alimentos, colapso de serviços públicos (BERTOLI FILHO, 1996; ESCOREL, 2012).

As reformas realizadas nesse período também reconfiguraram o sistema de saúde, afetando tanto a saúde pública, como a medicina previdenciária. Durante essa década, foi constituído um sistema de atenção estatal à saúde, marcado pela preponderância do modelo previdenciário sobre as ações do Ministério da Saúde. Em 1966, os IAP foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Com isso, houve a concentração da arrecadação das contribuições, a uniformização de benefícios, além da centralização do poder no Estado, afastando os trabalhadores das decisões. No início dos anos 70, a tendência à universalização da cobertura previdenciária levou à incorporação de novas categorias profissionais, tais como os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e autônomos, o que pressionou a procura por serviços e os gastos em saúde. O Estado respondeu à demanda contratando e investindo no setor privado, sob o argumento que a rede própria era incapaz de atender toda a demanda, o que permitiu a formação do chamado complexo médico-empresarial e estimulou a prática médica orientada para o lucro. Além disso, outra modalidade de atenção à saúde foi sustentada pela previdência social: a medicina de grupo. Nesse modelo, as empresas se responsabilizavam, por meio de convênio, pela assistência médica de seus funcionários, isentando-se de contribuir para o INPS. Essa escolha mostrou-se pouco acertada na medida que a previdência acabava tendo que absorver os cuidados de maior complexidade, ou de maior tempo de internação desses funcionários, onerando sem contrapartida o sistema (BERTOLI FILHO, 1996; BAPTISTA, 2007; ESCOREL, 2012).

A saúde pública, que já estava em segundo plano, tornou-se ineficiente e conservadora, restringindo sua atuação a campanhas sem muito sucesso. O Ministério da Saúde por ter sua ação em âmbito coletivo, com financiamento via orçamento fiscal da União, sem preocupação com retorno monetário, deixou de ser funcional ao processo de modernização proposto pelo regime. A carência de recursos agravou a situação já pouco favorável e logo resultou em consequências desastrosas para a saúde da população. Assim, observa-se que enquanto a assistência médica previdenciária vivenciava seu auge, com a expansão de sua cobertura e o maior orçamento de sua história, a burocracia técnica atuava fortemente no sentido da mercantilização e privatização da saúde, financiando, a fundo perdido, os projetos da rede privada e custeando os serviços por meio de Unidades de Serviço (US), o que além de minar a saúde coletiva, direcionava a oferta para o que pagava melhor, revelando-se como uma fonte incontrolável de corrupção. A proposta mais privatizante do sistema nessa época partiu do próprio Ministério da Saúde, por meio do Plano Nacional de Saúde de 1968, no qual pretendia-se vender à iniciativa privada toda a malha pública, cabendo ao Estado financiar os serviços privados com a coparticipação dos próprios pacientes, que poderiam exercer a livre escolha dos profissionais e serviços. O plano, que chegou a ser implantado de maneira experimental em alguns lugares, logo foi rechaçado, encontrando várias resistências, muitas delas por estar indo na contramão da expansão de cobertura dos benefícios previdenciários (BAPTISTA, 2007; BRASIL, 2011a; ESCOREL, 2012).

Assim, como esclarece Luz (1991), tal política adotada entre 1968 e os primeiros anos da década de 70, implicou em uma série de efeitos e consequências institucionais e sociais, como o crescente predomínio de um sistema de atenção médica “de massa” sobre o modelo da medicina social e preventiva; o surgimento e a expansão de um setor empresarial de serviços médicos, cujo objetivo priorizava o lucro à saúde ou cura dos clientes; mudanças no ensino médico, desvinculando-o da realidade sanitária da população e focando na especialização, com forte dependência do segmento tecnológico industrial. Tem-se, portanto, a consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnificada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população, o que fez emergir grande insatisfação popular em relação à “política de saúde da ditadura”.

O período de 1974 a 1979, sob o governo Geisel, é caracterizado por Escorel (2012) como a fase da distensão do regime autoritário e articulação do movimento sanitário. Isso porque o

ano de 1974 destacava-se pelo acirramento do colapso do governo militar, sendo observado o início de um processo de abertura como forma de resistência às críticas ao regime. Assim, por um lado, tem-se uma abertura controlada do espaço de manifestação política, por outro, a adoção de mecanismos de concessões econômicas (restritas) e políticas sociais (repressivas e paternalistas) como respostas às demandas das camadas populares. Entre as mudanças que se efetivaram, ainda que de forma incipiente e resguardando os interesses do Estado autoritário, destacam-se: a elaboração do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), que pautado pela ideologia de um “Brasil Grande Potência”, contemplou algumas prioridades sociais; a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que distribuiu recursos para o financiamento de programas sociais; e, a formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), que organizou as ações a serem implementadas pelos diversos ministérios da área social (CARVALHO, 2002; BAPTISTA, 2007; ESCOREL, 2012).

No campo específico da saúde, expandiam-se os movimentos de contestação sobre o arranjo sanitário vigente. A articulação entre os movimentos sociais, profissionais de saúde, acadêmicos, tecnocratas progressistas, sindicatos, partidos, entre outros atores, culminou em um intenso movimento popular pela reforma das políticas sociais e de saúde. Refletindo tais pressões, um novo conjunto de medidas passou a favorecer a construção de políticas mais universalistas priorizando a expansão da oferta de serviços e fortalecendo a perspectiva de reforma do setor (LUZ, 1991).

Entre essas medidas destaca-se a formulação do Plano de Pronta Ação (PPA), que visava à universalização do cuidado, principalmente de emergência, por meio do compromisso da previdência de pagamento dos atendimentos realizados nas redes pública e privada, independente do vínculo previdenciário. Outra importante ação foi a formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, por meio da promulgação da Lei n. 6.229. Esse foi o primeiro modelo político de saúde estabelecido em âmbito nacional, com ações integradas nos três níveis de governo. Apesar de contemplar ideias inovadoras, o SNS ainda reforçava a dualidade do setor saúde dando ao Ministério da Saúde caráter apenas normativo, com ações na área de interesse coletivo, e, ao Ministério da Previdência a responsabilidade pelo atendimento individualizado (LUZ, 1991; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; BAPTISTA, 2007; BRASIL, 2011a; ESCOREL, 2012).

Poucos anos depois, em uma nova tentativa de racionalização da política, criou-se, em 1977, o Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS). Seu objetivo era disciplinar a concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços, o custeio de atividades e programas, a gestão administrativa, financeira e patrimonial da previdência. Para isso, o SINPAS contava com mecanismos de articulação entre saúde, previdência e assistência, sendo integrado por três institutos: o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), responsável pelas ações de saúde no nível médico-assistencial; o INPS, dedicado aos benefícios da previdência; e, o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), incumbido do controle financeiro (LUZ, 1991; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; BAPTISTA, 2007; BRASIL, 2011a; ESCOREL, 2012).

Concluindo a análise sobre o período, é preciso destacar, para além das mudanças normativas e institucionais acima registradas, um grande marco na história foi o surgimento de um novo ator coletivo: o Movimento Sanitário. Esse movimento emerge da articulação de profissionais de saúde, instituições acadêmicas e de pesquisa, estudantes, entidades comunitárias e sindicais, que compartilhavam

(...) o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil, em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania (ESCOREL, 2012, p. 341).

Esse movimento propôs a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que como bem explica Paim (2007), distingue-se de uma reforma setorial, na medida que, para além de mudanças no sistema de serviços de saúde, defende a intervenção de forma ampla nas necessidades de saúde, visando à melhoria das condições de vida da população, reconhecendo o sistema de serviços como uma das respostas sociais, mas não a única. O autor esclarece que a RSB é constituída por três elementos: democratização da saúde, decorrente da elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes, reconhecendo-a como um direito inerente à cidadania, devendo, portanto, ser garantido o acesso universal e igualitário à um Sistema Único de Saúde, com participação social no estabelecimento das políticas e na sua gestão; democratização do Estado e seus aparelhos, sendo respeitado o pacto federativo, observada a descentralização do processo decisório e o controle social, além de estimuladas

a ética e a transparência nos governos; e, democratização da sociedade, alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja por meio da produção e distribuição justa da riqueza, da adoção de uma "totalidade de mudanças" em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, ou via uma reforma intelectual e moral. Ou seja, a reforma sanitária é uma reforma social.

1.2.3.6 Transição democrática (1985-1988)

Inicia-se a década de 80, e a redemocratização é a sua grande marca. O contexto era de crise econômica, tanto no Brasil, como no mundo, o que repercutiu em um agravamento da crise social. A essa, foi somada uma crise política, decorrente do esgotamento da aliança que sustentava o regime burocrático-autoritário (o mencionado tripé capital nacional, internacional e tecnoburocracia), acrescentando-se, ainda, uma crise moral e institucional do Estado Nacional, marcada por inúmeras denúncias de corrupção. A previdência passava por uma profunda crise. O último general presidente, João Figueiredo (1979-1985), viu-se obrigado a acelerar a democratização do país. Extinguiu-se o bipartidarismo, novos partidos foram criados, a imprensa livrou-se da censura, os sindicatos ganharam maior liberdade e autonomia, as greves voltaram a marcar presença no cotidiano das cidades brasileiras. A reorganização do país em direção a um Estado de direito desenvolveu-se lentamente e de maneira conflituosa. Apesar do apoio social e do sucesso eleitoral, os setores e partidos políticos progressistas e de esquerda continuavam sendo deixados à margem, oprimidos pelas forças conservadoras e moderadas que continuavam se apropriando do aparelho do estado (LUZ, 1991; BERTOLLI FILHO, 1996; BAPTISTA, 2007; BRASIL, 2011a; ESCOREL, 2012).

Na área da saúde, predominava, desde o final da década de 70, certa inquietação com os gastos crescentes da assistência médica previdenciária, decorrentes da incorporação de um grande contingente de trabalhadores no sistema, do desenvolvimento e incorporação de tecnologias médicas mais complexas e da má distribuição destes recursos. Somando esses fatores ao quadro de crise econômica vigente, o prognóstico era de falência do modelo. Ao

mesmo tempo que estabelecia-se a diretriz de redução de custos, contraditoriamente, fortalecia-se a tendência de democratização do sistema, com expansão do atendimento médico para os setores ainda não cobertos. O movimento sanitário, em uma corrente contra-hegemônica, criticava o modelo hospitalocêntrico e propunha a ênfase em cuidados primários e a prioridade do setor público. Defendia-se a descentralização articulada à regionalização e à hierarquização dos serviços de saúde (LUZ, 1991; BERTOLLI FILHO, 1996).

Com esse pano de fundo aconteceria a VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, cujo tema central era a extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos, reflexo da junção dos interesses dos sanitaristas em relação à expansão da cobertura de saúde, já encampada pelo governo, aos princípios das agências internacionais de ampliação dos cuidados básicos com a saúde. A formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), expansão nacional do bem-sucedido Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), desenvolvido na região Nordeste, foi o grande marco. Todavia, por ser uma proposta racionalizadora, democratizante, incluindo a participação da comunidade, e por favorecer o setor público, o Prev-Saúde enfrentou muita resistência, permanecendo como um paradigma da reforma desejada, mas não realizada pelo governo (BAPTISTA, 2007; BRASIL, 2011a; ESCOREL, 2012).

Apesar de não ter se viabilizado, o Prev-Saúde representou um momento inédito do ingresso do discurso reformista na arena de discussão institucional estatal da saúde. Como destaca Carvalho (2002), o Prev-Saúde estimulou os responsáveis pelo setor saúde a avaliar, de maneira pioneira, aspectos de integração de serviços. A partir de então, outras estratégias de reformulação começaram a ser encaminhadas. Foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que na busca por respostas para a crise da previdência, desenvolveu um diagnóstico que apontou, entre outros, para uma rede de saúde ineficiente, complexa, sem integração, o que induzia à fraude e de desvio de recursos. O Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, conhecido como Plano CONASP, foi publicizado, via portaria ministerial, dois anos após a criação do Conselho, e diferentemente do Prev-Saúde, viabilizou-se, introduzindo importantes reformulações no financiamento e na prática de saúde.

O Plano CONASP traduziu-se institucionalmente pela direção do INAMPS, no Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS), dando início ao processo de universalização do direito à saúde, por meio de uma proposta de racionalização e articulação dos serviços públicos de saúde com a rede conveniada e contratada. Esse programa, posteriormente redimensionado em uma estratégia de reorientação do setor, e transformado em Ações Integradas de Saúde (AIS), se conformava a partir da celebração de convênios entre o INAMPS, os estados e municípios para o repasse de recursos destinados à construção de unidades da rede com o compromisso governamental de oferta de assistência gratuita à toda população e não apenas aos beneficiários da previdência (CARVALHO, 2002; ESCOREL, 2012).

Escorel (2012), esclarece que a partir da AIS, tem-se a entrada do movimento sanitário na direção geral do INAMPS, e a história da política de saúde deixa de narrar aquilo que era realizado por cada uma das pastas do Executivo, e passa a centrar-se na implementação de propostas de articulação interinstitucional e nas estratégias para unificação do sistema de saúde. Data dessa época a Comissão Interinstitucional de Planejamento (CIPLAN), articulando os ministérios da Saúde, Educação e Cultura e o MPAS, e as comissões interinstitucionais estaduais (CIS), regionais (CRIS), municipais (CIMS) e locais (CLIS) (BAPTISTA, 2007; CARVALHO, 2002).

Além do PAIS/AIS, outras medidas se destacaram, tais como a Programação Orçamentária Integrada (POI), que consistia em um instrumento integrador da política de recursos do INAMPS e dos serviços estaduais e municipais de saúde; o Programa de Racionalização Ambulatorial (PRA), que buscava uma racionalização e hierarquização da assistência, otimizando a oferta; e, o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), com a função de controlar as contas hospitalares, implantando a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), instrumento utilizado até os dias atuais, que remunerava a produção por procedimentos mais agregados e não por Unidade de Serviço (US). Assim, com todas as mudanças observadas, e, apesar das dificuldades encontradas ao longo do processo de implantação, o que se percebe é uma grande movimentação do setor saúde, chegando-se ao final do regime autoritário com um quadro marcado pela presença do movimento sanitário nos vários espaços de discussão (BAPTISTA, 2007; BRASIL, 2011a; ESCOREL, 2012).

Esse cenário foi reforçado, quando em 1985, com a eleição indireta de Tancredo Neves (que dado ao seu falecimento, teve a posse concedida à José Sarney, seu vice), e começo da transição democrática, tem-se a nomeação de representantes do movimento sanitário para importantes cargos no governo, o que possibilitou uma inflexão nos rumos da política nacional de saúde. A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, é o grande marco do período, contando-se pela primeira vez com a participação de usuários do sistema, além dos profissionais de saúde, prestadores de serviços, técnicos e burocratas do setor. Nela foram discutidas e aprovadas as principais demandas do movimento sanitarista, tais como: o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e o dever do Estado, a expansão da cobertura a todos os cidadãos, a integração da medicina previdenciária à saúde pública, constituindo um sistema único, o fortalecimento do setor público de saúde, o estabelecimento das novas bases financeiras do sistema e a criação de instâncias de participação social. Em relação ao financiamento, as discussões perpassaram pelas propostas de consolidação de um orçamento social em todas as esferas de governo e a organização dos recursos nos fundos de saúde nos três entes; garantia de recursos para a saúde minimamente pré-fixados; diversificação das fontes de financiamento para além da contribuição sobre a folha; otimização da distribuição dos recursos de saúde, não restringindo o rateio ao critério populacional; e, viabilização de uma reforma tributária (CARVALHO, 2002; ESCOREL, 2012; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Há que se destacar que essas propostas consolidadas na conferência não foram viabilizadas de imediato. Em 1987, por meio do Decreto n. 94.657, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Destacado na literatura como uma estratégia “ponte” para a construção do SUS, o SUDS definiu as competências e funções para os três entes federados. Entre as suas diretrizes constavam a descentralização, tanto dos recursos dos serviços de saúde para estados e municípios, como da responsabilidade sobre os instrumentos de controle sobre o setor privado, definindo-se o secretário de saúde como gestor único de saúde em cada esfera de governo. Com isso, a União teve seu papel reformulado, passando a responsabilizar-se pela gestão, coordenação, normatização, controle e avaliação do sistema nacional de saúde. Como consequência, o INAMPS perdeu seu papel de executor dos serviços de saúde e de grande comprador no privado (deixando essa incumbência para as secretarias estaduais e municipais de saúde), tornando-se o órgão controlador do plano de saúde e de sua execução global (BAPTISTA, 2007; CARVALHO, 2002; PAIM, 2009b; ESCOREL, 2012; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

No que se refere especificamente ao financiamento do SUDS, Carvalho (2002) destaca três importantes aspectos. O primeiro deles compreende as fontes de financiamento. Segundo o autor, os recursos alocados no sistema decorriam essencialmente do FAS, da Financiadora Nacional de Máquinas e Equipamentos (FINAME) e da Contribuição do Financiamento Social (FINSOCIAL). O segundo ponto refere-se à alocação descentralizada de recursos. Observa-se que a tomada de decisão acerca do volume de recursos a ser descentralizado não era embasada em critérios técnicos objetivos. A POI, que deveria nortear a negociação dessa pauta entre o Ministério da Saúde/INAMPS e as Secretarias Estaduais de Saúde, era questionada por suas limitações, e por isso acabava não sendo seguida, tornando o processo discricionário. Esse modelo de alocação (ou ausência dele) era replicado também para os repasses de recursos realizados pelos estados aos seus vários municípios. Já terceiro aspecto, é pertinente às características do financiamento tripartite. O autor destaca que durante a vigência do SUDS o grande volume de recursos restringiu-se à apenas duas esferas: federal e municipal. Os Estados, na contramão, restringiram ou quase zeraram seu investimento em saúde.

Em um breve balanço sobre a experiência do SUDS, é possível notar que, apesar de ser um importante desdobramento da VIII Conferência, e de certa forma, uma etapa relevante no processo de consolidação do sistema de saúde no país, essa iniciativa acabou por enfrentar resistência, tanto do setor privado, quanto de grupos do próprio movimento sanitário (que o enxergavam como uma redução da proposta original à uma mera reforma administrativa), encontrando, portanto, dificuldades para se operacionalizar. Todavia, há que se reconhecer que o SUDS apresentou-se como um reflexo da vontade política de antecipar-se à Constituição Federal, expressando a necessidade de consolidação das AIS. E mais, demonstrou ser uma estratégia ousada, na medida que promoveu inovações profundas na estrutura vigente, valendo-se apenas de documentos de Exposições de Motivos e Decretos (CARVALHO, 2002; PAIM, 2009b).

Além do SUDS, a VIII Conferência teve outros dois importantes desdobramentos: a formação, com representação paritária entre governo e sociedade civil, da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), responsável pela elaboração da proposta constitucional para o capítulo da saúde; e, a criação da Plenária Nacional de Entidades de Saúde (com participação de movimentos populares, movimentos sindicais, dos profissionais de saúde, representantes da academia, entre outros), cuja atuação conseguiu

aprovar um capítulo inédito sobre a saúde no texto constitucional (ESCOREL, 2012; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Foi, então, no decorrer do processo constituinte, com todos os interesses, visões, idas e vindas de textos e ideias, que a saúde sagrou-se direito de todos e dever do Estado, constando na área da seguridade social, prevista no artigo 194 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). Formalizam-se as bases do Sistema Único de Saúde. Uma conquista genuinamente social, um sistema de atenção universal e integral à saúde, regido pelos princípios da descentralização, hierarquização e participação da comunidade.

Assim, contextualizando a política de saúde adotada à luz do modelo de proteção social no qual se insere, vale resgatar as afirmativas de Baptista (2007), que bem resume que

O SUS insere-se em um contexto mais amplo da política pública - a seguridade social – que abrange, além das políticas de saúde, as políticas de previdência e assistência social. A definição do modelo de seguridade social no Brasil significou a formulação, pela primeira vez na história do país, de uma estrutura de proteção social ‘abrangente’ (universalidade da cobertura e do atendimento), ‘justa’ (uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais), ‘equânime’ (equidade na forma de participação do custeio) e ‘democrática’ (caráter democrático e descentralizado na gestão administrativa), na qual cabe ao Estado a provisão e o dever de atenção (Brasil, 1988, art.194). Com esse modelo, rompe-se definitivamente com o padrão político anterior, excludente e baseado no mérito e afirma-se o compromisso com a democracia (BAPTISTA, 2007, p. 51).

Encerra-se, portanto, esse relato histórico, concluindo que mais do que a ruptura de um regime autoritário, os brasileiros, conduzidos pelo desejo do exercício da liberdade e da conquista de amplos direitos sociais, lograram a construção de um novo acordo societário, democrático e cidadão, o que por extensão, proporcionou a conformação de uma saúde pública pautada por um modelo de seguridade social, no qual busca-se assegurar os direitos socialmente estabelecidos de maneira igualitária a todos, sem distinção.

Uma vez estabelecido o ato normativo, sua realização depende, em grande medida, da tomada de consciência coletiva, de forma que todos, e cada um, faça da lei a sua lei, superando interesses que desvirtuem do objetivo socialmente constituído. Nesse sentido, o tópico a seguir explorará a organização normativa desse sistema cujas origens foram aqui

abordadas. A intenção é compreender a configuração do seu financiamento a partir da análise do regramento o normatiza, introduzindo alguns aspectos teóricos e conceituais. Pretende-se também trazer alguns aspectos de experiências internacionais, a fim de contribuir para a discussão, seja ampliando a análise de cenário, seja vislumbrando alternativas e perspectivas.

1.2.4 Financiamento do SUS: reflexões sobre o sistema a partir da conformação de seu arcabouço normativo

Antes de iniciar o processo de sistematização do arcabouço normativo do SUS que versa sobre o seu financiamento, é preciso destacar que, a promulgação da Constituição de 1988, por si, não foi suficiente para colocar em prática as ações transformadoras que compunham o ideário social. As dificuldades vieram de todas as partes, tanto pelo desafio de implantação da complexa proposta de um sistema único em um país com tantas diferenças e desigualdades regionais, quanto pelo choque com os interesses econômicos e de poder dos vários grupos que se organizaram ao longo do processo de conformação da política de saúde no país.

Enquanto o contexto de crise econômica e democratização vivenciado na década de 1980 contribuiu para o debate político da saúde, prezando pela equidade, integralidade e universalidade da atenção, o cenário dos anos 1990 foi marcado por tensões contínuas para a concretização dessas diretrizes. Como pano de fundo tem-se um período de hiperinflação e restrições macroeconômicas, marcado também pela concepção do Estado mínimo, ditada pelo neoliberalismo em ascensão na Europa e nos Estados Unidos, que pregava a restrição da ação do Estado na regulação da vida social, com clara tendência à adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, sob o discurso da necessidade de estabilização da moeda, privatização de estatais e reformas do aparelho do Estado, enxugando suas estruturas e capacidades (PIOLA *et al.*, 2013; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Assim, é a partir desse panorama paradoxal que começa a nova etapa do resgate histórico sobre o processo de implantação do SUS. Para facilitar a sua organização, o mesmo foi sistematizado em tópicos conforme as características das normativas.

1.2.4.1 A Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde

Marco de uma nova ordem social no Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabelece, em seu Título VIII – Da ordem Social, Capítulo II – Da seguridade social, que os direitos à saúde, previdência e assistência social serão assegurados por um conjunto integrado de ações de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade. E acrescenta, que cabe ao poder público organizar a seguridade social em uma lógica universalista e equitativa, por meio de uma administração democrática e descentralizada, com uma base diversificada de financiamento. É criado o Orçamento da Seguridade Social (OSS), financiado por toda a sociedade, de forma direta ou indireta, via recursos dos orçamentos da União, estados, Distrito Federal e municípios, e de contribuições sociais (BRASIL, 1988).

Pela primeira vez na história o texto constitucional reflete a preocupação com o bem-estar, a igualdade e a justiça na sociedade, garantindo sua materialização por meio de direitos fundamentais, e dentre estes, os direitos sociais. O que nem sempre se discute, é que a seguridade social nesses moldes, não estava entre as intenções iniciais dos legisladores. Integrar essas três áreas não era uma ideia que constava nas primeiras versões do texto constitucional. Pelo contrário, nas propostas originais, inclusive por recomendação da VIII Conferência Nacional de Saúde, o sistema de saúde seria financiado com recursos tributários, enquanto as contribuições sociais seriam destinadas ao custeio de pensões, aposentadorias, e prestações de cunho previdenciário e assistencial (BRASIL, 2011c; VIANNA, 1992).

Até então, na esfera federal, a saúde competia por recursos em duas áreas. No orçamento do SINPAS, a atenção médico-hospitalar dividia espaço com os benefícios previdenciários e de assistência social. Esse sistema tinha uma arrecadação autônoma, não sofrendo interferência do órgão orçamentário central, nem do Congresso Nacional. Por outro lado, os programas de saúde pública, muito focados no campo da vigilância em saúde, em ações de controle de doenças transmissíveis e de vigilância sanitária, corriam a cargo do Ministério da Saúde e disputavam recursos do orçamento fiscal com uma série de outras áreas como educação, defesa, justiça e demais responsabilidades da União (BRASIL, 2011c; PIOLA *et al.*, 2013).

Com o advento da CF/88, rompe-se com essa lógica dual de financiamento da política de saúde, e formaliza-se no artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), uma vinculação de 30% dos recursos do OSS, excluído o seguro-desemprego, para a saúde, até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), a qual caberia definir o percentual a ser destinado para área a cada ano (BRASIL, 1988).

O que a princípio pode parecer como uma estabilidade para o financiamento do sistema de saúde recém (re)configurado (que passaria a concorrer por recursos em uma só arena – a do OSS), na verdade é questionado por alguns autores, segundo os quais a inclusão do financiamento do setor no OSS seria desfavorável para o mesmo, na medida que acirraria a competição por recursos com duas áreas (previdência e assistência social) cujas demandas por custeio são crescentes e vultuosas, tendendo a absorver a totalidade das contribuições sociais. Além disso, dada a falta de clareza, a ambiguidade, e até mesmo as controvérsias sobre o que pode ou não ser financiado pelo OSS, foram inseridos em seu bojo programas e outras despesas (como por exemplo, gastos com inativos e pensionistas civis e militares da União) custeados, até então, pelo orçamento fiscal, o que pulverizou ainda mais os recursos (VIANNA, 1992; BRASIL, 2011c; SERVO *et al.*, 2011).

Essa concorrência entre áreas é percebida quando se analisa a composição do OSS e a destinação de suas receitas. Tendo em vista a natureza distinta dos benefícios e serviços a serem financiados, a seguridade social contou com diversas fontes: as contribuições sobre a folha de salário (pagas por empregados e empregadores), a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL), os recursos provenientes do Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/Pasep), e os impostos gerais da União (cuja participação no OSS tem-se mostrado irrisória). Fontes essas intencionalmente organizadas em um orçamento unificado, a fim de evitar a pulverização do uso de suas receitas, bem como propositalmente não vinculadas para cada área específica (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012; MENDES; FUNCIA, 2016).

Esse arranjo demonstra que o texto constitucional pretendeu não apenas incorporar novas fontes fiscais (como a CSLL) e ampliar a base de incidência de impostos já existentes (como a COFINS, antigo Finsocial), como previu também a participação de receitas fiscais com vistas a viabilizar os direitos estabelecidos. Apesar do esforço legislativo, a implantação dos novos direitos sociais coincidiu com um período de grande inflação, de

crise no mercado de trabalho formal e de restrições macroeconômicas, o que acirrou a disputa entre áreas (em especial, entre saúde e a previdência). A situação chegou a tal ponto que, em 1993, as contribuições sobre a folha de salário (empregados e empregadores) deixaram de ser consideradas solidárias ao financiamento da saúde, destinando-se exclusivamente à previdência social. Esse fato agravou a situação de incerteza e de instabilidade do financiamento do SUS, ainda no início de sua implantação, de modo que o Ministério da Saúde precisou recorrer, em 1994, a um empréstimo junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), a fim de garantir um mínimo de recursos para a saúde⁵ (SERVO *et al.*, 2011; BAHIA, 2012; PIOLA *et al.*, 2013; MENDES; FUNCIA, 2016).

Ainda sobre a inclusão da saúde no âmbito do OSS, outro aspecto, para além da concorrência entre áreas, muito embora influenciado por ela, sinaliza para a fragilidade da sustentabilidade financeira do SUS. Como destaca Vianna (1992), a vinculação dos 30% para o setor prevista originalmente no artigo 55 do ADCT, não passaria de um efeito psicológico, visto que, na prática, estaria limitada a uma condição inicial do orçamento, podendo ser alterada ao longo do exercício, como de fato o foi por vários anos. Assim, esclarece o autor, a fatia vinculada à saúde, já sabidamente aquém da necessária para assegurar os preceitos constitucionais do SUS, quando assume uma situação na qual é poucas vezes alcançada, torna o compromisso ao acesso universal e igualitário a serviços integrais e de qualidade uma imagem-objetivo cada vez mais distante.

Para além do financiamento, o capítulo sobre a seguridade social na CF/88 estabelece outro aspecto crucial para a estruturação do SUS: o caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade (BRASIL, 1988). Nesse sentido, Funcia (2017), esclarece que

A Constituição Federal de 1988 priorizou a descentralização das políticas sociais como um dos meios para promover a reestruturação do Estado Brasileiro e garantir o exercício da cidadania por efetiva participação da sociedade na definição, na gestão e na fiscalização das ações derivadas de tais políticas, sendo que as experiências anteriormente implantadas pela área da saúde, no contexto da reforma sanitária, foram decisivas para essa nova formulação constitucional (FUNCIA, 2017, p. 2).

⁵ Mendes e Funcia (2016) defendem que, ao se estabelecer o vínculo entre a área previdenciária e as contribuições de empregados e empregadores, rompe-se com o conceito de seguridade social. Para os autores o estabelecimento de prioridades de áreas internas da seguridade social se opõe à compreensão do que historicamente se construiu e intitulou como proteção social, uma abordagem totalizante do risco social.

Essa relação entre democracia e descentralização merece especial atenção, uma vez que possui implicações no arranjo federativo, que por sua vez, influenciarão a configuração do modelo de financiamento do SUS. Começando por algumas questões conceituais, tem-se que o termo descentralização traz em si uma série de significados que variam conforme o contexto no qual se revela. Dessa forma, pode estar associado a processos de devolução, desconcentração, delegação ou privatização. De maneira geral, é compreendido como um processo, via de regra político, de transferência de responsabilidades entre níveis de governo, sejam elas nas dimensões políticas, administrativas e/ou fiscais. Nesse sentido, envolveria, a distribuição de poder decisório, mediante transferência ou conquista, da esfera nacional para governos subnacionais (ABRUCIO, 2006; FALLETI, 2006; PEREIRA, 2014/ OUVENEY, 2015).

Arretche (1996) explica que as distintas visões sobre democracia tendem a convergir sobre a expectativa de que o âmbito no qual as decisões políticas são tomadas irá viabilizar a realização do ideal democrático (numa ideia de quanto mais centralizado, mais antidemocrático). Contudo, para a autora, é a concretização dos princípios democráticos nas instituições políticas de cada nível de governo que vai definir o seu caráter, e não a esfera na qual as decisões são tomadas. Ou seja, não existem garantias prévias ou inerentes ao mecanismo de descentralização de que deslocar poder e responsabilidades implique na abolição de formas dominadoras.

Assim, fica evidente a necessidade de se entender o contexto em que essas diretrizes previstas no texto constitucional foram delineadas e quais os impactos desse regramento para o arranjo federativo posto. O cenário era marcado, desde meados da década de 80, pela agenda de redemocratização, na qual as reformas do sistema de proteção social brasileiro foram influenciadas pela hegemonia de setores progressistas que defendiam a descentralização e a participação social e política. O texto constitucional, por sua vez, ao definir o caráter democrático e descentralizado da Seguridade Social, e promover, simultaneamente a descentralização fiscal (com aumento da parcela de tributos federais automaticamente transferida aos governos subnacionais), culminou na reformulação da lógica norteadora das relações federativas⁶, substituindo a subordinação hierárquica das

⁶ Compartilha-se neste estudo da visão de Lima (2006) que é por meio do pacto federativo que busca-se compatibilizar o exercício do governo autônomo e a interdependência entre os governos, sendo determinada cota de poder a ser concedida a cada um dos entes federados e imprescindível a cooperação e

esferas subnacionais pelo princípio da autonomia entre entes (BRASIL, 1988; ARRETICHE, 1996).

Essa relação tem efeitos diretos nas políticas sociais desenvolvidas a partir de então. Em estudo mais recente, ao analisar o processo de descentralização no país, sobretudo a descentralização dos programas sociais, Arretche (1996) constata que na prática, não existiu no Brasil uma estratégia ou programa nacional de descentralização comandado pela União que de fato propôs ou efetivou um rearranjo das estruturas politicoinstitucionais do Estado. A ausência desse programa nacional de descentralização implica, entre outros aspectos, que a heterogeneidade na prestação de serviços seja reforçada no caso brasileiro. Assim, a descentralização dos programas sociais vai depender, entre outros fatores, da existência (ou não) de uma política deliberada de descentralização por parte do governo federal, da natureza e da força de coalizão a favor da descentralização, e, do desenho institucional prévio da política setorial. No caso da saúde, a autora destaca que

É certamente no campo dos programas de saúde pública que ocorreram os mais bem-sucedidos avanços em direção a uma reforma de tipo descentralizados. Ao longo dos anos 80, a coalizão favorável à consolidação de um sistema hierarquizado e descentralizado de prestação de serviços de saúde, com forte presença nos fóruns nacionais e em aliança com governadores e prefeitos, conseguiu uma série sucessiva de medidas que redundaram em uma efetiva reforma do setor. Essa reforma, que redistribuiu funções e competências entre os níveis de governo, tem uma direção clara: os municípios passam progressivamente a ter capacidade decisória, competências e recursos para a prestação dos serviços básicos de saúde. Se é verdade, contudo, que uma articulação positiva entre a burocracia do Ministério da Saúde, a elite profissional do setor e governadores e prefeitos viabilizou a aprovação de medidas de reforma a partir do centro do sistema político, é verdade também que as dificuldades na implementação dessas reformas decorrem das dificuldades financeiras e institucionais do governo federal para dar continuidade ao processo de reformas (...) (ARRETICHE, 1996, p.16)

Nesse mesmo sentido, Ouverney (2015) esclarece que a CF/88, juntamente com o Relatório da 8a Conferência Nacional de Saúde e a Lei 8.080/90, explicitam a configuração ideal de relações intergovernamentais do SUS para concretizar as propostas de acesso universal, integral e equânime à saúde. Nesse arranjo, a organização federativa da política de saúde

complementaridade entre eles. A existência e reconhecimento de uma identidade coletiva é o que permite a convivência de múltiplas identidades territoriais em um mesmo Estado-nação.

no Brasil, pressupõe a distribuição de competências entre as esferas de Estado e a compatibilização dos princípios de descentralização e unicidade, culminando na composição de um sistema de saúde com comandos unificados no âmbito nacional, estadual e local, articulados de forma hierárquica e regionalizada com o objetivo de integrar as ações e serviços de saúde em todo o país. Nessa lógica de federalismo cooperativo, caberia às três esferas, de maneira conjunta, definir a dinâmica de funcionamento do SUS, estabelecendo mecanismos de controle e avaliação de serviços de saúde, normas para regular a contratação de serviços privados, gerenciar recursos orçamentários e financeiros, definir realizar o planejamento de curto e médio prazo e promover a articulação de políticas e planos de saúde, entre outros.

Entendida a relação entre a descentralização e a política de saúde, recorre-se novamente ao texto constitucional, que também revela a relação entre o financiamento e a descentralização, cujos traços importantes já foram pincelados na citação acima. Importante compreender, que o processo de descentralização, suas instituições federativas e seus princípios, também revelam efeitos na dimensão fiscal, incidindo na repartição do poder econômico-financeiro entre os diferentes níveis de governo, por meio do estabelecimento das bases tributárias, das formas de arrecadação e dos mecanismos de transferência intergovernamental (LIMA, 2006).

Ouverney (2015) ressalta que a descentralização fiscal fundamenta-se na abordagem econômica dos sistemas federativos, na qual, conforme o princípio da subsidiariedade, o governo central deve se responsabilizar por políticas macroeconômicas de estabilização, conduzir processos de distribuição de renda e prover bens públicos nacionais, o que permite que os governos locais foquem sua atenção em esforços para produzir bens públicos cujo consumo é delineado por preferências locais. Nessa lógica, pressupõe-se que governos locais possuem maior capacidade para adaptar as características finais de seus serviços às preferências, gostos e costumes dos cidadãos que vivem sob sua jurisdição.

O artigo 195 da Constituição Federal define as bases para o financiamento da seguridade social: o OSS no nível federal e orçamentos fiscais para estados e municípios. A composição do OSS já foi explicitada no início dessa seção. Para compreender a base tributária estabelecida pela CF/88 para que as esferas subnacionais pudessem cumprir com suas obrigações faz-se necessário recorrer ao capítulo que trata do Sistema Tributário Nacional no Título IV – Da Tributação e do Orçamento. Nele estão previstas as

competências dos entes federados para instituir impostos e a repartição deles entre as esferas de poder.

O Quadro 3, adaptado do documento intitulado Financiamento público de saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde, demonstra os impostos atualmente arrecadados por cada esfera de governo (BRASIL, 2013).

Quadro 3 – Impostos arrecadados em cada esfera de governo, segundo CF/88

Base de incidência	União	Estados e Distrito Federal	Municípios
Patrimônio e renda	Imposto sobre renda e proventos de qualquer natureza (IR)	Imposto sobre transmissão <i>causa mortis</i> e doação de quaisquer bens ou direitos (ITCMD)	Imposto sobre a propriedade predial e territorial urbana (IPTU)
	Imposto sobre propriedade territorial rural (ITR)	Imposto sobre a propriedade de veículos automotores (IPVA)	Imposto sobre a transmissão inter vivos (ITBI)
Produção e Consumo de Mercadorias e Serviços	Imposto sobre a importação (II)	Imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre a prestação de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação (ICMS)	Imposto sobre serviços de qualquer natureza (ISS)
	Imposto sobre exportação (IE)		
	Imposto sobre produtos industrializados (IPI)		
	Imposto sobre operações de crédito, câmbio e seguro ou relativas a títulos ou valores mobiliários (IOF)		

Fonte: Adaptado. Brasil. Ministério da Saúde, 2013.

No sistema atual, a arrecadação tributária concentra-se na União, dando-se, ainda, de maneira desigual entre os governos subnacionais. Desde a Constituição Federal de 1946, as desigualdades horizontais de capacidade de arrecadação são reconhecidas e vem sendo compensadas por meio de um sistema de transferências fiscais obrigatórias. Nesse sentido, é possível observar que descentralização no âmbito do sistema fiscal brasileiro, historicamente, tem sido feita não por mudanças na autoridade de tributar, mas sim por alterações nas alíquotas aplicadas aos impostos de repartição obrigatória e na autonomia de gastos das esferas locais sobre os recursos recebidos (ARRETCHE, 2006).

De forma a ilustrar o arranjo supracitado, retrata-se no Quadro 4, a repartição de impostos entre as esferas de governo, segundo texto constitucional.

Quadro 4 – Repartição de impostos entre as esferas de governo, segundo CF/88

Esfera Arrecadadora	Imposto	Transfere para	Percentuais e observações	
União	IR	Estados, DF e Municípios	100% dos rendimentos pagos pela administração direta e indireta	21,5 % para o Fundo de Participação dos Estados; 22,5% para o Fundo de Participação dos Municípios; 3% para o programa de financiamento do setor produtivo (Norte, Nordeste e Centro-Oeste)
	IPI	Estados e DF	10% para o fundo de ressarcimento aos estados exportadores	
	ITR	Municípios	50% para os municípios onde se localizam os imóveis	
Estados	IPI	Municípios	25%, sendo 3/4 na proporção do valor adicionado (no mínimo) e 1/4 segundo lei estadual (no máximo)	
	IPVA	Municípios	50%	
	ICMS	Municípios	25%, sendo 3/4 na proporção do valor adicionado (no mínimo) e 1/4 segundo lei estadual (no máximo)	

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2013

Santos e Luiz (2016) destacam que a gestão descentralizada da política de saúde vis-à-vis ao modelo de arrecadação ainda concentrado na União, faz com que a questão dos mecanismos e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios seja relevante e motivo de preocupação dos gestores públicos.

Mendes e Santos (2000) defendem que apesar dos esforços de descentralização fiscal consolidados pela CF/88 terem possibilitado ampliação significativa de transferências de recursos e maior capacidade de arrecadação por parte de estados e municípios, ainda não se alcançou, no campo das políticas sociais, em especial na saúde, um pacto capaz de alcançar uma equivalência entre o arranjo tributário posto e as atribuições e competências conferidas às esferas subnacionais.

Como alerta Arretche (2006), as regras que versam sobre as transferências constitucionais como mecanismos de descentralização fiscal tem como consequência novas desigualdades entre as unidades federadas. Desigualdades essas que limitam a possibilidade de se estabelecer constitucionalmente competências exclusivas entre os níveis de governo no

campo das ações sociais, bem como limitam a possibilidade de arranjos federativos em que, ao conferir autonomia às esferas descentralizadas, deixassem essencialmente a cargo dos eleitores a tarefa de elevar os gastos sociais dos governos locais.

Ainda sobre o tema, Lima (2006) destaca que duas ordens de fatores importam para compreensão do financiamento descentralizado da política de saúde no Brasil. A primeira refere-se à forma como se estrutura a divisão das competências tributárias (que nível de governo administra e arrecada cada imposto) e os dispositivos que determinam a partilha intergovernamental legal de recursos livres (que constituem as receitas próprias dos níveis descentralizados). A segunda está relacionada às regras intrínsecas da política de saúde que interferem nos recursos vinculados ao setor. Para a autora, as decisões críticas das esferas subnacionais estão submetidas aos critérios e condicionantes que regem esses dois aspectos, haja visto a importância relativa desses recursos em seus orçamentos. Ou seja, conforme o arranjo normativo vigente, a composição orçamentária dos entes descentralizados, irá refletir múltiplos aspectos, tais como a diversidade na disponibilidade das receitas destinadas à saúde;^[1] as diferentes oportunidades de captação e expansão de receitas, bem como as relações intergovernamentais predominantes;^[2] os tipos de despesa que podem ser realizadas; e, o grau de autonomia na alocação dos recursos.

Evidenciadas as primeiras relações entre descentralização e financiamento, avança-se no texto constitucional para a Seção II – Da Saúde, na qual são expressos os pilares do SUS. Em síntese, tem-se no artigo 196 a garantia ao direito universal à saúde e o reconhecimento do SUS como uma política/dever de Estado, e não de governo. Já o artigo 197, define o estatuto de bem de relevância pública da saúde, trazendo as competências do poder público a esse respeito. As diretrizes e princípios doutrinários do sistema são expressos no artigo 198: organização de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada; integralidade das ações de saúde; descentralização, com comando único em cada esfera de governo; e, participação da sociedade. Os parágrafos primeiro, segundo e terceiro desse artigo, e seus respectivos incisos, merecem especial atenção, uma vez que versam sobre o financiamento do sistema, expressando o compromisso tripartite do financiamento, definindo as fontes dos recursos sobre os quais serão calculados os valores mínimos a serem aplicados por cada ente no SUS, bem como estabelecendo que o percentual mínimo dessa aplicação, os critérios de alocação dos recursos dela decorrentes e as normas de fiscalização, controle e avaliação das despesas com saúde terão normatização específica por meio de Lei Complementar a ser revista a cada cinco anos. Em contradição com os dois artigos

anteriores, e reflexo da herança do pré-SUS, tem-se no artigo 199 a abertura, quase irrestrita, à iniciativa privada para participação nas atividades de saúde desempenhadas no sistema. Por fim, o artigo 200 traz em si as competências do SUS e as áreas de atuação de seus órgãos integrantes (BRASIL, 1988; BAHIA, 2012).

Diante desse breve panorama do texto constitucional, cabe compartilhar da percepção de Viana e colaboradores (2002) que bem resumem que

O SUS conforma o novo modelo público de prestação de serviços e ações de saúde em âmbito nacional, incorporando novos instrumentos gerenciais, técnicos e de democratização da gestão. Em sua concepção original, visa integrar os subsistemas de saúde pública e de assistência previdenciária - os ramos da medicina preventiva e curativa -, bem como os serviços públicos e privados, em regime de contrato ou convênio, num sistema único e nacional, de acesso universal e igualitário, organizado de forma regionalizada e hierarquizada, sob comando único em cada nível de governo, segundo as diretrizes da descentralização administrativa e operacional, do atendimento integral à saúde e da participação da comunidade visando ao controle social (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002, p. 498).

Outro aspecto importante a se destacar é o trazido por Bahia (2012) acerca da expressão que dá nome ao sistema de saúde brasileiro: Sistema Único de Saúde. Segundo a autora, os termos que a compõem refletem positivamente críticas à organização do modelo assistencial anterior. Nesse sentido, entende-se “Sistema” como conjunto de ações e instituições, que de forma ordenada e intervencional contribuem para um objetivo comum, rompendo com a noção de esquemas assistenciais segmentados na sociedade. Por sua vez, “Único” refere-se à junção dos sistemas de assistência previdenciária e de saúde pública, bem como a integração dos serviços das redes pública e privada contratada, sob o comando único em cada esfera de governo. Por “Saúde”, compreende-se o seu conceito mais amplo, como componente essencial da cidadania e da democracia, e não apenas com a ausência de doença e objeto de intervenção médica.

O conteúdo constitucional do SUS foi detalhado em duas leis orgânicas: a Lei n. 8080/90 e a Lei n.8142/90. A Lei n. 8080/90, enfatiza as atribuições de cada esfera de governo no âmbito do SUS e contempla dispositivos diversos relacionados ao direito universal, à relevância pública, unicidade, descentralização, financiamento, entre outros (BRASIL, 1990a). A Lei n. 8142/90 dispõe sobre o caráter, as regras de composição e a regularidade do funcionamento das instâncias colegiadas do SUS, das Conferências e dos Conselhos de Saúde, bem como trata das transferências intergovernamentais de recursos (BRASIL, 1990a).

Vários aspectos merecem destaque nossas normativas. O primeiro deles refere-se à participação popular. É a primeira vez que o Estado brasileiro cria canais de participação do cidadão na formulação e acompanhamento das políticas de saúde. A participação da comunidade na gestão do SUS, como previsto no art. 198, foi regulamentada na Lei n. 8.142/90, que definiu que o sistema contaria, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: Conferência de Saúde, realizada a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde; e, o Conselho de Saúde, órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente. Nesse arranjo, os agentes públicos prestam contas aos usuários, de forma indireta, pela participação desses nos conselhos e nas conferências de saúde, de forma paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2013).

Especificamente sobre o financiamento, ambas normativas contemplam aspectos fundamentais que orientam o sistema até os dias atuais. A Lei n. 8080/90 apresenta, em seu Título V, as principais diretrizes, versando sobre as fontes de recursos para o SUS; sobre a gestão financeira do sistema, estabelecendo que a movimentação de recursos deve se dar por meio dos fundos de saúde sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde, definindo também critérios para cálculo do montante de recursos federais a serem repassados para estados e municípios; e, sobre o planejamento e orçamento sistema, esclarecendo que tais processos deverão ser ascendentes, do nível local até o federal, elaborado com a participação dos órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União (BRASIL, 1990a).

Vale um destaque para o artigo 35, que prevê os critérios de alocação de recursos para fim das transferências entre entes. Nele são definidos os seguintes critérios: perfil demográfico da região, perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo (BRASIL, 1990a).

Como poderá ser confirmado ao longo deste trabalho, esses critérios continuam balizando a aplicação de recursos no âmbito da política de saúde até os dias atuais. Por isso, merecem uma análise à luz dos achados da literatura. Ugá e colaboradores (2012) afirmam que todas as propostas metodológicas para a distribuição equitativa de recursos financeiros sinalizam para ajustes que considerem a base populacional, o perfil demográfico, as desigualdades de custos entre as ações e serviços requeridos pelos diversos segmentos populacionais, e as desigualdades entre as necessidades de saúde. Para esses autores, o que diferencia uma experiência da outra está essencialmente no cálculo de *proxy* de necessidade, que independente de ser dimensionada por meio de métodos simples ou robustos, não conseguirão captar totalmente todos os aspectos e a tamanha complexidade das necessidades de saúde de uma população. O artigo 35 da Lei n. 8080/90, de certa forma, tentou abarcar algumas dessas dimensões apontadas acima. Contudo, as dificuldades de regulamentação desses critérios, levou, ainda em 1990, a Lei n. 8142/90 definir um critério basicamente populacional para as transferências de recursos entre os entes federados.

Santos e Luiz (2016) esclarecem que já havia a previsão no texto da Lei n. 8080/90 do caráter regular e automático das transferências entre entes no âmbito do SUS, em substituição à prática até então adotada de repasses mediante convênios. Contudo, essa proposta sofreu veto presidencial à época, sendo reincorporada meses depois pela Lei n. 8142/90. De acordo com esse novo regramento, as transferências intergovernamentais seriam regulares e automáticas desde que estados e municípios atendessem aos requisitos estabelecidos no artigo 4º: ter fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatório de gestão, contrapartida no orçamento e comissão para elaboração do plano de carreiras, cargos e salários (BRASIL, 1990b).

Sobre os critérios para transferência, tem-se no artigo 3º da Lei n. 8142/90 a orientação para o repasse de recursos, exclusivamente, conforme critério populacional até que o artigo 35 da Lei n. 8080/90, seja regulamentado. Estabelece-se ainda, que do montante disponível, 70% será destinado aos municípios e o restante para os estados. Como visto, o critério populacional, per si, não é capaz de superar as desigualdades existentes. Nesse sentido, Piola e colaboradores (2013), defendem que apesar do esforço propositivo de um arranjo de critérios para dar maior transparência à distribuição de recursos federais para as instâncias subnacionais desde a criação do SUS, ainda não se logrou aprovar uma proposta alocativa capaz de superar o modelo de definição dos repasses por meio de portarias ministeriais, o

que tem perpetuado as diferenças históricas observadas na distribuição regional dos recursos.

Esses regramentos também abordam outro aspecto crucial para o funcionamento do sistema: as competências e atribuições dos entes no âmbito do SUS. A CF/88, em seu Título III, versa sobre a organização do Estado. O artigo 18 dita sobre a estrutura da Federação, estabelecendo que a organização político-administrativa no Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios, sendo todos esses entes autônomos. Nos artigos que se seguem, o texto constitucional define as competências exclusivas e concorrentes dos entes, sendo a saúde uma das competências comuns às esferas federadas, conforme previsto no artigo 23 (BRASIL, 1988).

Como esclarece Asensi (2016), o reconhecimento da responsabilidade solidária dos entes da Federação sobre a garantia do direito à saúde, a princípio, pode parecer como um aspecto fortemente positivo do ponto de vista do usuário, uma vez que este terá mais agentes a quem recorrer e responsabilizar. Contudo, do ponto de vista da gestão, esse arranjo pode trazer desafios pertinentes à sobreoneração de um dos entes em detrimento dos demais. Nesse sentido, o autor esclarece que uma competência comum não significa que todos os entes da federação tem os mesmos deveres e atribuições. As Leis Orgânicas da Saúde, em especial a Lei n. 8080/90, tem papel fundamental nesse sentido, estabelecendo, como mais detalhes, as atribuições comuns e exclusivas de cada esfera federada no âmbito do SUS, buscando trazer, assim, maior previsibilidade administrativas sobre os deveres de cada um.

Recorrendo-se, então, ao texto da Lei n. 8080/90, encontra-se, no Capítulo IV as competências e atribuições dos entes. A Seção I destaca as atribuições comuns, evidenciando o objetivo normativo de convergir os esforços e estratégias dos governos para efetivação da saúde. Já a Seção II destina-se às competências exclusivas de cada ente. O artigo 16 estabelece as competências destinadas à direção nacional do SUS. Sua característica mais marcante é o caráter de coordenação nacional da política de saúde. A competência estadual é definida no artigo 17, ficando a cargo das secretarias estaduais de saúde descentralizar para os municípios os serviços e ações de saúde, assumindo um papel, em caráter complementar, de formulação, coordenação e execução da política de saúde. Por fim, o artigo 18 versa sobre as competências da direção municipal do SUS. O caráter de coordenação municipal das políticas merece especial destaque tendo em vista a

descentralização do sistema (BRASIL, 1990a). Vale destacar que uma vez que o SUS está organizado em uma rede hierarquizada e regionalizada, a organização das responsabilidades por nível, contribui para uma atuação mais orgânica e coerente entre os entes, evitando superposição e duplicidade de ações.

Para Asensi (2016), é óbvio que, apesar de tal esforço normativo, seria ingênuo afirmar que todas as atribuições estariam precisamente definidas. Existem espaço para indefinições, omissões e até mesmo contradições. Contudo, há que se reconhecer o avanço institucional na repartição de competências. Para o autor, para que esse ganho seja ainda mais expressivo, é preciso que não se confunda as regras de competências com a previsão normativa de responsabilidade solidária. A primeira se refere à repartição administrativa de atribuições entre os entes da Federação. Já a responsabilidade diz respeito ao dever jurídico de cada esfera de, conjunta ou isoladamente, efetivar um determinado direito específico. Essa distinção é fundamental, principalmente, pelos seus efeitos no fenômeno da judicialização da saúde.

A questão das competências e responsabilidades dos entes remete a outro aspecto do arranjo federalista no âmbito das políticas sociais no país: a descentralização e a coordenação. Arreteche (2006) explica que Estados federativos são encarados como mais propensos a produzir níveis de gasto social mais baixos comparativamente, bem como tenderiam a tornar mais difíceis os problemas de coordenação de objetivos das políticas, gerando superposições de competências e competição entre os diferentes níveis de governo, dada a relação negativa existente entre a dispersão de autoridade e a consistência das decisões coletivas. A capacidade de se coordenar políticas nacionais, vai variar, portanto, conforme as formas como estão estruturadas a relação entre o legislativo e o Executivo no plano nacional, e o modo como estão distribuídas as atribuições de políticas entre os níveis de governo.

A autora esclarece que o sistema legal de repartição de receitas estabelecido pela CF/88 limita a capacidade de gasto do governo federal, o que tem como consequência, reflexos negativos na sua capacidade de coordenar políticas. Ao optar por competências concorrentes para a maior parte das políticas sociais, o texto constitucional, autoriza qualquer ente federativo a implementar programas de saúde, ao mesmo tempo que nenhum ente está constitucionalmente obrigado a implementar programas nessa área. Dessa forma, ao descentralizar receitas, mas não encargos, a CF/88 propicia superposições de ações,

desigualdades territoriais na provisão de serviços, entre outros efeitos, que poderiam ser minimizados por meio de uma coordenação nacional (ARRETCHE, 2006).

A coordenação nacional, por sua vez, sofre influências do arranjo do sistema fiscal brasileiro. Segundo Arretche (2006), a descentralização fiscal e o sistema de repartição de receitas tributárias estabelecidos no Brasil tem limitado a coordenação nacional. Isso porque, enquanto o orçamento federal tem pouca margem para introduzir novos gastos, tendo em vista os compromissos históricos e as vinculações constitucionais, estados e municípios, por sua vez, contam com autonomia fiscal e política, tendo recursos garantidos independente da adesão ou do seu esforço tributário. Apesar das tendências dispersivas desse arranjo e da fragmentação do sistema partidário político brasileiro, cuja fragmentação não contribui para minimizar os efeitos centrífugos da descentralização fiscal, o governo federal ainda conta com instrumentos para exercer seu papel coordenador, mesmo que esse varie entre as diferentes políticas.

Como visto, no caso da política de saúde, quando da distribuição das funções intergovernamentais, coube à União a formulação e o financiamento das políticas nacionais de saúde, bem como a coordenação das ações intergovernamentais. Esse modelo assegurou autonomia expressiva ao Ministério da Saúde, sendo as políticas implementadas pelos governos locais muito dependentes das transferências federais e fortemente influenciadas pelas suas regras. Ou seja, o governo federal conta com recursos institucionais para influenciar as decisões dos atores descentralizados, encontrando, nas portarias ministeriais, importantes instrumentos de coordenação nacional. Essa é outra característica importante da política de saúde: a principal arena de formulação da política está no próprio poder Executivo, o que minimiza os efeitos da dispersão política do legislativo. Por outro lado, outra característica do sistema de saúde controla o papel da União, suprimindo o Ministério da Saúde a possibilidade de estabelecer unilateralmente as regras sobre o funcionamento do SUS. Estados e municípios têm a sua participação no processo de formulação da política institucionalizada por meio de conselhos de representação (o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde CONASEMS), que funcionam como um mecanismo de contrapeso à concentração de autoridade do Executivo federal (ARRETCHE, 2006).

Ainda sobre essa temática, Ouverney (2015), ao analisar o regime federalista específico do SUS, acrescenta que o exercício de ações de coordenação federativa é necessário para

promover ajustes e redirecionamentos no processo de descentralização. Para o autor, as peculiaridades do arranjo federalista inerente à política de saúde no país produziu um quadro de relações intergovernamentais polarizado ao final da década de 1990, sendo marcado por uma presença simultânea de expressivo grau de municipalização e elevada capacidade indutiva e regulatória do Ministério da Saúde (polarização União-Municípios).

À luz desse contexto, destaca-se que a coordenação federativa não deve ser compreendida, nem conduzida como um processo impositivo do nível central sobre os níveis intermediário e local, preservando-se, portanto, a autonomia das partes. Ao mesmo tempo, a manutenção de níveis expressivos de horizontalidade entre os entes não significa que a esfera federal não deva atuar para em busca do equilíbrio federativo e da eficiência das relações intergovernamentais, a fim de estabelecer arranjos de atuação coletiva capazes de melhorar o resultado das políticas governamentais. Dessa forma, estratégias de coordenação federativa podem ocorrer de diversas formas, seja por meio de prerrogativas legais, ou por emprego do auxílio financeiro (o que será debatido nos resultados desta pesquisa) e técnico às esferas subnacionais, o que, cabe destacar, produz certa hierarquia entre as partes, contudo, espera-se sempre algum grau de cooperação, competição e mesmo de acomodação entre as partes envolvidas (OUVERNEY, 2015).

Mais especificamente sobre a relação entre financiamento, descentralização fiscal e as nuances do arranjo institucional federativo, tem-se que modelos diferentes de distribuição e de alocação de recursos financeiros interferem não só no volume de recursos à disposição das esferas descentralizadas, mas também no grau de discricionariedade que esses atores dispõem para tomar decisões relativas a aspectos essenciais da formulação e implementação de políticas públicas. A relevância das regras relativas ao desenho do modelo de descentralização fiscal (como os recursos são gerados, partilhados e desembolsados) está relacionada a sua influência sobre a distribuição de competências e responsabilidades entre a esfera federal e os entes subnacionais, podendo reverter até arranjos estabelecidos formalmente nos marcos normativos do país. Assim, a configuração fiscal do pacto federativo setorial pode ser empregada tanto acentuar o desenho inicial do status federativo e da distribuição de competências, quanto para promover algum equilíbrio e contrabalancear os possíveis efeitos negativos das escolhas primárias (OUVERNEY, 2015).

Em grande medida, é sobre esse espectro da discussão sobre o arranjo normativo que configura o modelo de financiamento do SUS, e as influências sofridas e exercidas pelo

desenho federativo no âmbito da política de saúde que esta tese pretende abordar. O ímpeto de se estender na discussão sobre federalismo, descentralização, financiamento e políticas públicas é grande, haja visto a imensidão de achados na literatura. Contudo, já tendo sido explorados os principais aspectos sobre o tema e suas respectivas referências no texto constitucional e nas leis orgânicas da saúde, prossegue-se a discussão no tópico a seguir, movendo o foco para os desdobramentos dos arranjos discutidos nas normas de gestão do SUS.

1.2.4.2 A evolução das normas de gestão do SUS: as normas operacionais, o Pacto pela Saúde e o Decreto n. 7.508/11

Ao longo do processo de implantação do SUS, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais, distrital e municipais de saúde, editaram inúmeros atos normativos de menor hierarquia legal (portarias, resoluções, ordens de serviços, entre outros) com o objetivo de qualificar a condução das ações no campo da saúde à luz das diretrizes estabelecidas sobre o modelo descentralizado e de gestão compartilhada entre entes. A evolução das normas de gestão do SUS, destacando sua interface com o financiamento, a descentralização e a regionalização do sistema é sintetizada no Quadro 5. Trata-se de uma adaptação do modelo apresentado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), contemplando as contribuições de Servo e colaboradores (2011), Ouverney (2015) e Santos e Luiz (2016), além da inserção do Decreto n. 1232/94 (BRASIL, 1994).

Quadro 5 – Evolução das normas de gestão do SUS à luz do financiamento e da descentralização (continua)

Norma	CrITÉrios de repasse	Modalidade de repasse	Transferência/ Alocação de recurso	Descentralização e Regionalização
NOB 91	Atendimentos a requisitos básicos	Instrumento convenial	Pagamento da produção de serviços aos prestadores	Retrocesso na descentralização com fortalecimento do papel da União Condução unilateral. Manteve o INAMPS como responsável pelo repasse dos recursos
NOB 92	Atendimentos a requisitos básicos	Instrumento convenial		
NOB 93	Condições de gestão: incipiente, parcial e semiplena	Transferência regular e automática	Baseados na série histórica dos gastos no estado e/ou município	Estratégia de descentralização promoveu expressiva transformação nas relações intergovernamentais
Decreto n. 1232/94	Condicionada à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde	Transferência regular e automática, independentemente de convênio ou instrumento congênere	Segundo o quociente da divisão de recursos pelo número de habitantes	Os planos municipais de saúde serão consolidados na esfera regional e estadual
NOB 96	Gestão Plena do Sistema de Saúde	Transferência regular e automática	Tetos financeiros definidos pela Programação Pactuada Integrada (PPI)	Consolidação do papel dos municípios como gestores do SUS. Definição mais estrita dos papéis federativos.
	Gestão Plena da Atenção Básica			
NOAS 2001 e 2002	Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPABA)	Transferência regular e automática	Idêntico ao anterior	Descentralização associada à regionalização. Defende fortalecimento da capacidade gestora de estados e municípios para exercerem funções de regulação controle e avaliação
	Gestão Plena do Sistema Municipal			
	Gestão Avançada do Sistema Estadual			
	Gestão Plena do Sistema Estadual			

Fonte: Adaptado. Brasil (2013)

Quadro 5 – Evolução das normas de gestão do SUS à luz do financiamento e da descentralização (continuação)

Norma	Crítérios de repasse	Modalidade de repasse	Transferência/Alocação de recurso	Descentralização e Regionalização
Pacto da Saúde - 2006	Termos de Compromisso de Gestão	Transferência regular e automática	Portaria GM/MS n. 204/07 - Blocos de financiamento: Atenção Básica, Média e e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS, e, Investimentos	Compromisso tripartite, buscando atuar de forma cooperativa e respeitando as diferenças regionais
Decreto n.7.508 /11	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde	Transferência regular e automática	Permanece a anterior	Define o conceito e os requisitos para a instituição de uma Região de Saúde. As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre entes. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser regionalizado

Fonte: Adaptado. Brasil (2013)

Ainda no Governo Collor (1990-1992), além das leis orgânicas da saúde, foram estabelecidas as Normas Operacionais Básicas (NOB) n. 01/91 e 01/92. Vale lembrar que o INANPS foi transferido para o Ministério da Saúde em março de 1990, mas continuou por três anos com a sua estrutura sobreposta à Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério (BRASIL, 2011b). Por isso, as NOB n. 01/01 e 01/92 foram editadas ainda pela presidência do INAMPS, preservando forte conotação centralista.

Servo e colaboradores (2011), explicam que embora essas normativas buscassem instituir o rearranjo institucional previsto na legislação para a gestão descentralizada do SUS, na prática pouco se avançou. O INAMPS continuou como gestor único do sistema, e os estados e municípios foram mantidos com uma função de gestão ainda muito incipiente, quase reduzida ao seu papel de prestador. Como esclarece Ouverney (2015) modelo introduzido pela NOB 01/1991 foi considerado um retrocesso na descentralização do setor, retardando importantes avanços que poderiam ter sido realizados nesse momento inicial de

implementação do SUS. Como legado federativo dessa estratégia, observou-se o fortalecimento do papel da União na condução do processo de descentralização setorial, em detrimento do papel exercido anteriormente pelas secretarias estaduais de saúde. Especificamente em relação ao financiamento, a NOB n.01/01 introduziu a forma de remuneração por serviços produzidos, para o pagamento das atividades hospitalares e ambulatoriais realizadas nas unidades próprias da rede pública, tal como se fazia com a rede privada. Foi criada a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), cujo valor unitário multiplicado pela população, definia o teto anual a ser transferido pela União (BRASIL, 1991). Já a NOB n. 01/92 instituiu o Índice de Valorização da Qualidade (IVQ) destinado aos hospitais da rede SUS, e o Fator de Estímulo à Gestão Estadual (FEGE), que definia e reajustava valores a serem repassados mensalmente aos estados habilitados aos repasses automáticos e regulares, com vistas à reposição e modernização da rede pública. Essa norma criou também o Prosaúde, cujo objetivo era a reorganização dos serviços de saúde com a participação das três esferas de governo. Nos dois regramentos, foi mantida a prática de formalização de instrumentos convencionais para o repasse de recursos, perpetuando a lógica herdada do modelo anterior (BRASIL, 1992; 2011b).

Com a extinção do INAMPS em 1993, há uma ruptura da trajetória de formação do Estado brasileiro baseada na centralização e na concepção de cidadania regulada (com direitos sociais vinculados à inserção do mercado de trabalho). O Ministério da Saúde torna-se a única autoridade sanitária no nível federal, e as secretarias estaduais e municipais também assumem essa responsabilidade, alcançando-se, enfim o comando único em cada esfera de governo, como estabelecido pela CF/88. Vale lembrar que apesar dos avanços, o ano de 1993 foi marcado pela deterioração da situação financeira do sistema de saúde. Enquanto a LDO desse ano previa a destinação de 15,5% do total de recursos arrecadados com a Contribuição sobre a Folha de Salários para a saúde, nenhuma alocação foi efetuada. A totalidade de recursos foi exclusivamente aportada na previdência social, permanecendo não solidária ao financiamento do SUS a partir de então (SERVO et al, 2011; MENDES, FUNCIA, 2016).

Assim, diante desse cenário e influenciada pelas diretrizes aprovadas pela 9ª Conferência Nacional de Saúde, a NOB 93, institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, e permitiu a transição para o modelo denominado por Ouverney (2015) de federalismo integrado municipalista, no qual os entes subnacionais, em especial os

municípios, passaram a atuar efetivamente como gestores do SUS a partir de uma dinâmica tripartite de compartilhamento decisório e de responsabilidades, apesar de a União ter mantido expressiva capacidade indutiva e regulatória. Essa norma estabeleceu também as condições de gestão: incipiente, parcial e semiplena, sendo que para essa última, cria a transferência regular e automática fundo a fundo do teto global da assistência (BRASIL, 1993).

Servo e colaboradores (2011) esclarecem que a partir da NOB 93, o custeio federal de ações e serviços de saúde passou a se dar por meio dos seguintes mecanismos: Recursos para Cobertura Ambulatorial (RCA), no qual se fixa para cada estado um teto de recursos para o custeio das atividades ambulatoriais, calculado através da multiplicação de um valor per capita para cobertura ambulatorial anual – a UCA – pelo total da população; Teto Financeiro Hospitalar, no qual se fixa para as unidades subnacionais uma cota física anual de internações hospitalares correspondente a 10% da população para estados e 8% para os municípios, a qual, multiplicada pelo respectivo custo médio da internação (Estadual ou municipal), resultaria no teto financeiro; Fator de Apoio ao Estado (FAE), destinado aos estados que se habilitasse a qualquer tipo de gestão, a título de apoio à descentralização, um montante anual de recursos correspondente a 5% do valor da UCA, multiplicado pela população total do estado; e, Fator de Apoio ao Município (FAM), destinado a cada município que se habilitasse a alguma condição de gestão, a título de apoio à descentralização, um montante anual de recursos correspondente a 5% do valor da UCA, multiplicado pela população total do município.

Foi o Decreto n. 1232/94, que estabeleceu as condições e as formas para viabilizar os repasses regulares e automáticos fundo a fundo no âmbito do SUS. Sem esse instrumento, seria inviável a implementação da gestão descentralizada do SUS. Esse modelo de transferência intergovernamental de recursos confere a agilidade necessária para o sistema, caracterizando-se como uma solução original do setor saúde. Em consonância com a Lei n. 8.142/90, esse decreto condicionou a transferência de recursos à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo conselho, do qual deveria constar a contrapartida de recursos no orçamento do estado, do Distrito Federal ou do município, dispensando a necessidade de convênio ou instrumento congêneres (BRASIL, 1994; 2011b; SERVO et al., 2011; SANTOS, LUIZ, 2016).

Para além de criar condições para a descentralização da gestão financeira do SUS, o Decreto n. 1232/94 deflagrou como prioridade a discussão sobre critérios para alocação de recursos no âmbito da direção nacional do SUS. É válido lembrar que o ano de 1994 foi marcado por um importante conflito entre o financiamento do SUS e a Seguridade Social. Além da situação crítica de desfinanciamento do SUS, que levou à busca por empréstimos de recursos do Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT), em 1994, foi criado o Fundo Social de Emergência - posteriormente chamado de Fundo de Estabilização Fiscal e a partir de 2000, denominado de Desvinculação das Receitas da União (DRU) (BARROS, PIOLA, 2016; MENDE, FUNCIA, 2016). Com essa proposta, definiu-se, entre outros aspectos, que 20% da arrecadação decorrente de contribuições sociais seriam desvinculados de sua finalidade, ficando disponível para aplicação discricionária do governo federal. Ou seja, a DRU converte recursos do OSS em recursos fiscais para poder contribuir para o superávit primário e o pagamento de juros da dívida pública. Esse mecanismo foi se renovando até que em 2015 foi promulgada a EC n. 93/16, que prorroga a vigência da DRU até 31 de dezembro de 2023, ampliando sua incidência de 20% para 30%, autorizando ainda a desvinculação dos orçamentos estaduais e municipais nesse mesmo percentual (BRASIL, 2016a).

A Portaria GM/MS n. 2203/96 criou a NOB-SUS/96, um dos principais instrumentos estruturantes do SUS. Essa normativa consolidou a política de municipalização, instituindo a gestão plena na atenção básica (que permite receber integralmente os recursos destinados à atenção básica e confere autonomia para aplicá-los) e a gestão plena do sistema do sistema municipal (na qual os recursos da atenção básica e da média e alta complexidade são transferidos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde). Além disso, redefiniu as responsabilidades da União e dos estados, fortalecendo a gestão compartilhada do SUS, por meio das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores (BRASIL, 1996).

Servo e colaboradores (2011) explicam que a NOB 96 visava reforçar o comando único em cada esfera, introduzir mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação do SUS, ampliar mecanismos e fluxos de financiamento, reduzir a remuneração contra a prestação de serviços e ampliar as transferências fundo a fundo com base na programação do uso dos recursos. Nesse sentido, incluiu os seguintes mecanismos na modalidade de repasse fundo a fundo: Piso da Atenção Básica (PAB), Fração Assistencial Especializada (FAE), incentivo

ao Programa de Saúde da Família (PSF) e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Índice de Valorização de Resultados (IVR), Piso Básico da Vigilância Sanitária (PBVS) e Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (Ivisa). Além disso, estabeleceu as condições para a criação de componente variável do Piso de Atenção Básica (PAB Variável).

A publicação dessa NOB ocorreu em um contexto no qual a busca por soluções para o problema do subfinanciamento do SUS culminava na criação de um novo tributo: a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), estabelecida pela Lei n. 9311, de 24 de outubro de 1996. A previsão legal era que o produto de sua arrecadação seria integralmente destinado ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento de ações e serviços de saúde (artigo 18, da Lei n. 9311/96). De acordo com Barros e Piola (2016), durante o período em que vigorou (1997-2007), a CPMF representou cerca de 30% do total de recursos federais para a saúde, ainda que estudos comprovem que parte de sua arrecadação tenha sido desviada para outras finalidades e que parte de outras fontes tenham sido substituídas pela CPMF, o que reduziu seu impacto no financiamento do SUS.

Apesar dos avanços organizativos e de reestruturação dos serviços de saúde induzidos pela NOB 96, ao final dos anos 90 identificavam-se vários pontos de estrangulamento no SUS, como a insuficiência de mecanismos efetivos de referência intermunicipal e interestadual, principalmente no âmbito da média e alta complexidade; persistência da alocação de elevado volume de recursos financeiros vinculados à série histórica de gastos; inexistência de rotinas sistemáticas de avaliação de desempenho das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e insuficiência de avaliações sobre o funcionamento dos sistemas estaduais e municipais. Além disso, no início dos anos 2000, diagnósticos revelaram as limitações do processo de descentralização na estruturação do SUS e no enfrentamento das desigualdades socioespaciais em saúde existentes, sinalizando, portanto, para a necessidade de combinar ações de descentralização com estratégias de regionalização (SERVO et al, 2011; ALBUQUERQUE, 2013).

Nesse sentido, é válido recorrer a Lima e colaboradores (2012) que esclarecem que a experiência internacional sugere que, em países como Inglaterra, Alemanha, Itália, Espanha e Canadá, a descentralização ocorreu de maneira articulada a processos de regionalização que possibilitaram a organização de redes de serviços, associadas à criação e fortalecimento de autoridades sanitárias regionais. Já na América Latina, a descentralização e a

regionalização foram conduzidas com graus variados de articulação, sendo mais enfatizado o processo de descentralização, o que contribuiu para a fragmentação dos sistemas de saúde, com comprometimento do acesso e da continuidade da atenção. No caso brasileiro, essas características também foram verificadas. As relações verticais foram priorizadas, tendo como foco a transferência de poder decisório, responsabilidades gestoras e recursos financeiros da União para os estados e, principalmente, os municípios. Contudo, os autores destacam que a fragilidade do planejamento regional das estratégias de descentralização do SUS comprometeu sua adequação às múltiplas realidades brasileiras, implicando na ausência de políticas e investimentos diversificados capazes de responder as diferentes necessidades de saúde existentes, de modo a reduzir a iniquidade no acesso, na utilização e no gasto público em saúde.

É nesse contexto que a Portaria GM/MS n. 95, de 26 de janeiro de 2001, cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) n. 01/01 (BRASIL, 2001). Com a publicação dessa norma, a descentralização passa a ser associada à regionalização da assistência, que requer a articulação dos gestores municipais para a negociação e a pactuação de referências intermunicipais, sob coordenação e regulação estadual, por meio da programação pactuada e integrada (PPI). A NOAS n. 01/01 instituiu os Planos Diretores de Regionalização (PDR) e de Investimentos (PDI) e introduziu a ideia de redes de assistência. Foram estabelecidos novos níveis de gestão, sendo dois para os municípios (Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal) e dois para os estados (Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual) (BRASIL, 2001).

Albuquerque (2013) ressalta que a NOAS n. 01/01 é um marco, tendo em vista que é a primeira vez que a política nacional de saúde expressa a necessidade do poder público em ordenar a divisão territorial do trabalho na saúde. Nesse sentido, sintetiza os principais aspectos dessa norma, destacando que

“A NOAS veio resgatar a noção sistêmica de organização do SUS, procurando estabelecer uma articulação entre estados e municípios. Tinha como objetivos específicos: 1. Definição do papel dos estados no planejamento regional, dado que nem tudo se resolvia no município; 2. Diminuição das desigualdades regionais em saúde, considerando a discrepância das realidades municipais e as necessidades em saúde; 3. Definição das regiões e organização de redes assistenciais regionalizadas hierarquizadas para integrar os serviços de forma sistêmica; 4. Ordenamento dos fluxos financeiros entre os municípios relativos

aos repasses federais para média e alta complexidade, de forma a regular os investimentos em políticas e serviços específicos e organizar o acesso regional dos pacientes; 5. Ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica, com definição dos procedimentos mínimos a serem ofertados e repasses federais vinculados (Piso de Atenção Básica Ampliado); 6. Ampliação dos investimentos e do acesso aos serviços de média e alta complexidade através da definição de procedimentos mínimos a serem ofertados e repasses federais vinculados (valor per capita nacional mínimo, com destinação descrita na Programação Pactuada e Integrada - PPI); 7. Implantação de um sistema de controle, regulação e avaliação do sistema pactuado entre os três gestores.” (ALBUQUERQUE, 2013, p. 91)

Apesar dos avanços trazidos por essa normativa, a NOAS n. 01/01 sofreu críticas, sendo considerada uma proposta de “regionalização normativa”, em decorrência da rigidez de suas regras e da forte regulação federal sobre o processo (ALBUQUERQUE, 2013). Essa norma foi, então, revista, sendo instituída pela Portaria GM/MS n. 373, de 27 de fevereiro de 2002, a NOAS n. 01/02. Essa norma tinha como objetivo promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações de saúde em todos os níveis de atenção, por meio de três grupos de estratégias articuladas: regionalização e organização da assistência; fortalecimento da capacidade de gestão do SUS; revisão de critérios de habilitação de municípios e estados (BRASIL, 2002).

A NOAS n. 01/02 permaneceu com as mesmas definições constantes da NOAS 01/01, com a ressalva de que os municípios sede de módulo (pólo) poderiam estar habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) ou Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA). Entre os principais pontos trazidos por essa norma destacam-se: o processo de elaboração do PDR e da PPI, coordenados pelo gestor estadual, com a participação dos municípios; a ampliação da atenção básica por meio do aumento do componente de financiamento federal calculado em uma base per capita com a ampliação do Piso de Atenção Básica; a qualificação das regiões/microrregiões; a definição de diretrizes políticas para a alta complexidade. Além disso, a NOAS n. 01/02, define a organização do controle, regulação e avaliação para disponibilizar alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão em tempo oportuno, buscando otimizar a utilização de recursos assistenciais disponíveis (BRASIL, 2002; 2011b; SERVO et al, 2011).

Ainda com as adaptações propostas pela NOAS n. 01/02, as normas operacionais de assistência à saúde não foram suficientes para promover a articulação entre entes de forma viabilizar a co-gestão no SUS, dificultando o alcance dos objetivos da regionalização. Diante desse contexto, e da persistência de problemas estruturais do sistema, como o subfinanciamento, a fragmentação das ações, as distorções nas relações público e privado, além da persistência das desigualdades em saúde pelos territórios, surge uma nova proposta de organização do SUS: o Pacto pela Saúde, aprovado pela Portaria GM/MS n. 399/06 (BRASIL, 2006; ALBUQUERQUE, 2013).

Diferente das NOB e NOAS, o Pacto não se limitou ao caráter de norma operacional, representando um acordo interfederativo articulado em três dimensões: Pacto pela Vida (mudança na forma de pactuar o SUS), Pacto em Defesa do SUS (movimento de repolitização da saúde), e, Pacto de Gestão (transparência nas responsabilidades, visando um federalismo mais cooperativo) (BRASIL, 2006). Albuquerque (2013) afirma que o Pacto pela Saúde inicia uma nova fase da regionalização, denominada “regionalização viva”, uma vez que tenta incorporar conteúdos do território para dentro lógica do sistema. Entre as inovações advindas do Pacto, tem-se a obrigatoriedade da criação, no âmbito das regiões de saúde, de um instância de negociação intergovernamental chamada Colegiado de Gestão Regional (CGR). Além disso, o processo de habilitação de estados e municípios é substituído pela formalização de um Termo de Compromisso de Gestão, assinado pelas unidades subnacionais, para fins de repasse federal conforme objetivos e metas definidos.

Após a publicação do Pacto, outras portarias foram editadas, a maior parte pactuada na CIT, com vistas a viabilizar a operacionalização do arranjo proposto. Sob o discurso da necessidade de qualificar os processos de descentralização, organização e gestão das ações e serviços do SUS, e de fortalecer o compromisso tripartite sobre o financiamento e as responsabilidades sanitárias, foi publicada a Portaria GM/MS n. 204, em 29 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007). Essa Portaria regulamentou a transferência dos recursos federais na forma de seis blocos de financiamento: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS; e, Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (inserido pela Portaria GM/MS nº 837/09) (BRASIL, 2007; 2009).

Esse regramento tem sido questionado tanto pelas implicações práticas do modelo estabelecido, com o engessamento da capacidade de gestão descentralizada e a

institucionalização da fragmentação, quanto em relação às novas disposições trazidas pela LC n.141/12, que compreendem essas transferências como decorrentes do mandamento constitucional e não como de caráter voluntário, devendo observar, portanto, apenas as categorias econômicas de custeio e capital, permitindo livre alocação conforme os planos municipais e estaduais de saúde (BRASIL, 2017a; BRASIL, i;CARVALHO, 2017).

Com base nesses argumentos, e em um movimento articulado entre Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, revisão da Portaria GM/MS n. 204/07 foi pactuada na CIT de janeiro de 2017, sendo formatada a iniciativa chamada de SUS Legal, em uma menção ao “fazer cumprir a lei”. O SUS Legal propõe uma reorganização dos planos orçamentários municipais, estaduais e da União. No novo modelo proposto, os recursos passam a ser transferidos conforme duas únicas modalidades de repasse: capital e custeio. Estão previstas, também, mudanças estruturais em processos como planejamento integrado, programação, sistema de informação em saúde, monitoramento, avaliação e a gestão dos fundos de saúde (BRASIL 2017i; SÁ e BENEVIDES, 2018).

Mendes (2017) afirma que a revisão da PT n. 204/07 apresenta vantagens e desvantagens. Entre os pontos positivos da medida, acredita que o repasse sem a amarração dos blocos retoma a noção de que a política de saúde deve ser construída localmente, e não de forma induzida pelo governo federal. Com a mudança, os gestores descentralizados teriam mais flexibilidade e, por consequência, poderiam executar melhor as estratégias pactuadas. Mas para isso de fato acontecer, a flexibilização dos repasses deve estar vinculada a uma revisão dos critérios de rateio de recursos federais. Do contrário, incorre-se no risco do aumento da pressão por parte do mercado de fornecedores e prestadores, caso os critérios de alocação na ponta não estejam bem definidos.

Funcia (2017) pondera que a mudança nos critérios de repasse de recursos federais, quando descontextualizada, pode sinalizar para a desburocratização do financiamento do SUS e o fortalecimento da descentralização do planejamento da política de saúde. Nesse sentido, alerta que a análise da temática deve-se dar de maneira menos superficial, considerando o contexto histórico e o papel dos atores nela envolvidos, de modo a não cair em conclusões falaciosas. Para o autor, o “excesso de normas” introduzido pelo governo federal no financiamento das políticas sociais é incompatível com o princípio constitucional da descentralização. Destaca, contudo, que da mesma forma que foi preciso estabelecer um parâmetro mínimo de aplicação de recursos de forma a priorizar a política de saúde frente

os interesses discricionários da área econômica do governo, incorre-se, agora, no risco de que a liberdade para utilizar os recursos SUS restrinja seu uso às demandas de curto prazo e não em conformidade com o processo de planejamento do sistema. Dessa forma, questiona a revisão da PT n. 204/07 nos moldes propostos, e defende que para romper a irracionalidade administrativa e financeira decorrente da fragmentação dos repasses de recursos nos moldes atuais, com excesso de regramentos e contas bancárias, uma alternativa mais eficiente seria a criação de um “Caixa Único do SUS” para movimentação financeira dos recursos oriundos das transferências de blocos.

Independente das discussões do ponto de vista conceitual que permearam a agenda de discussão do SUS ao longo do ano de 2017, na prática, o que se observou foram dois movimentos no campo normativo. O primeiro, fruto do projeto Código do SUS⁷, consistiu na consolidação de cerca de 17.000 atos normativos expedidos pelo Gabinete do Ministro da Saúde em seis portarias, divididas por eixos temáticos, conforme a função e a utilização: Organização e funcionamento do SUS; Regras gerais da organização do sistema; Políticas (contemplando conteúdos sobre as 48 políticas públicas de saúde); Redes (considerando as 10 organizações temáticas da Rede de Atenção à Saúde); Sistemas; Ações e serviços de saúde; e, Financiamento. Tais Portarias de Consolidação dos Atos Normativos do Ministério, foram assinada em 28 de setembro de 2017 e publicadas no Diário Oficial da União nº 190-Suplemento, de 03 de outubro de 2017, sendo a Portaria de Consolidação n. 6 aquela que dispõe sobre a consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2017g).

Uma vez que a consolidação de normas prevista no âmbito desse projeto não altera os conteúdos sobre saúde pactuados pela CIT, mas apenas os organiza conforme os eixos temáticos descritos e a estrutura legislativa determinada na lei, observa-se que a Portaria de

⁷ O projeto Código SUS, desenvolvido pelo Programa de Direito Sanitário da Fundação Oswaldo Cruz e pela Faculdade de Direito da Universidade de Brasília, em parceria com o CONASS e CONASEMS, tem como objetivo facilitar o acesso e a compreensão de gestores da saúde, órgãos de controle e cidadãos sobre as normas existentes no sistema público de saúde. Para além dessa primeira etapa, que focou nas normas publicadas pelo gabinete do ministro, o projeto prevê ainda a consolidação de cerca de 40 mil portarias expedidas pelas secretarias do Ministério da Saúde e as resoluções da CIT, culminando na publicação do Regulamento do Sistema Único de Saúde, o Código do SUS. Tal iniciativa, de caráter inédito, aborda uma questão importante, na medida que muitas das portarias existentes são contraditórias ou já haviam sido revogadas, de forma que a ausência de uma estrutura normativa adequada culmina na burocratização da execução das políticas de saúde, além de dificultar a compreensão para a implementação das ações e a correta interpretação por parte dos órgãos de controle e Judiciário. Ademais, esse projeto representa um importante avanço, na medida que permitiu pela primeira vez a aplicação plena do disposto no artigo 59 da CF, bem como da Lei Complementar n. 95/98, que prevê a consolidação das normas para acesso à população (BRASIL, 2017k ; EMPRESA BRASILEIRA DE COMUNICAÇÃO, 2017) .

Consolidação n. 6, simplesmente replica, em especial nos artigos 3 e 4, a lógica de repasse estabelecida na PT n. 204/07, ou seja, o repasse de recursos federais em seis blocos de financiamento (BRASIL, 2017g).

Nesse sentido, apesar da revisão da forma de transferência de recursos federais ter sido pactuada em janeiro na CIT, a regra se manteve durante o processo de consolidação. Foi só no dia 28 de dezembro de 2017, quando já se encerrava o exercício de 2017, que se observou o segundo movimento normativo: a publicação da Portaria GM/MS n. 3992, que altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017, 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. Nesse novo regramento, fica estabelecido que os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados às despesas com ASPS, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios serão organizados e transferidos na forma de dois blocos de financiamento: Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e, Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (BRASIL, 2017h). Dessa forma, o arranjo tripartite pactuado encontra, enfim, respaldo no arcabouço normativo institucional do SUS, e passa a vigorar a partir do exercício de 2018.

Tendo em vista que esta portaria está em voga na agenda de discussão atual do SUS, é válido estender a análise sobre seus termos e impactos. Funcia (2018), analisa as alterações nas transferências federais fundo a fundo sob três eixos. O primeiro deles refere-se à metodologia do processo e da legalidade da mudança promovida. Para o autor, a condução do Ministério da Saúde, aprovando a normativa apenas com a representação do CONASS e CONASEMS, no âmbito da CIT, desconsiderando as recomendações formais feitas pelo Conselho Nacional de Saúde, e sem submeter o regramento a este órgão para deliberação e aprovação, desrespeita a legislação do SUS, em especial o princípio da participação da comunidade.

No segundo eixo, é debatido cenário no qual as mudanças propostas se viabilizaram. Considerando o contexto de crise econômica, de recessão e de início de vigência da Emenda Constitucional n. 95/16 (que será mais abordada em tópico mais a frente), o ano de 2018 será marcado por uma queda real do valor aplicado em ações e serviços públicos de saúde. Diante desse cenário, Funcia (2018) entende as esferas subnacionais enfrentarão o dilema de aumentar a alocação de recursos próprios em ASPS, ou reduzir o atendimento

e/ou fechar serviços, o que agravaria a necessidade de saúde da população. Nesse sentido, destaca-se que a flexibilização dos critérios de transferência de recursos federais fundo a fundo não passa de um movimento meramente pragmático, afinal a portaria muda a forma de transferência, mas não altera a regra orçamentária que a fundamenta, bem como mantém a obrigatoriedade de cumprimento das ações e serviços pactuados.

Essa percepção é reforçada por Pinto (2018) que afirma que o discurso de modernização do financiamento adotado pelo Ministério de Saúde na verdade caracteriza-se por um misto de desresponsabilização federal com a política de saúde e mecanismo de corte de gastos na saúde pública. Estratégia essa que serve tanto para preparar as bases para absorver a redução de recursos impostas pela Emenda Constitucional n. 95, como para abrir espaço para o crescimento da saúde privada e paga pelo cidadão, exatamente nos espaços de desassistência provocados pela redução e o sucateamento do SUS. Nesse sentido, a flexibilização pregada, ao invés de benéfica, seria prejudicial para os usuários, na medida em que descompromete o SUS com a qualidade, a cobertura e os critérios de investimento na saúde. Para o autor, a mudança da regra incorre em duas armadilhas para o gestor municipal: primeiro, uma sobre responsabilização; segundo, um ludibriamento, afinal a lei orçamentária federal de 2018 prevê diversas ações orçamentárias, de forma que se o gestor municipal utilizar um recurso de forma distinta da prevista, ele poderá ser processado e até ser condenado, pagar multas e ficar inelegível.

É preciso ter clareza que a Portaria GM/MS n. 3992/17 é uma regra de transição. Essa normativa versa essencialmente sobre a forma de repasse nas contas bancárias. Ela não altera as metodologias de distribuição de recursos, nem tampouco modifica o montante alocado entre os entes. E mais, da forma como está estruturada a lei orçamentária federal de 2018, ainda existe vinculação do gasto às subfunções definidas na Portaria SPO/MS n. 1/2018, que divulga a relação dos programas de trabalho da Lei Orçamentária Anual de 2018 que serão onerados por transferências de recursos, na modalidade fundo a fundo, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal (BRASIL, 2018).

Retomando, portanto, os eixos de análise apresentados por Funcia (2018), o terceiro espectro estudado compreende uma discussão do texto legal em si. Destacam-se aqui, dois pontos ainda pouco debatidos, mas muito importantes. Ao alterar o artigo 1125 da Portaria de Consolidação n. 6/17, a Portaria GM/MG n. 3992/17 condiciona os repasses de natureza

regular e automática ao cronograma e desembolso do FNS que observará a programação financeira da Secretaria do Tesouro Nacional. Com isso, a área econômica do governo federal não disponibiliza para o FNS os valores correspondentes ao mínimo constitucional para realização de suas despesas enquanto unidade orçamentária e gestora dos recursos do SUS, desrespeitando assim, o previsto no artigo 14 da Lei Complementar n. 141/12.

Outro aspecto grave do ponto de vista da gestão, é que a Pt GM/MG n. 3992/17 define que a comprovação da aplicação dos recursos pelos entes descentralizados deverá ser feita por meio do Relatório Anual de Gestão, medida essa frágil, pois não obriga também o acompanhamento parcial do cumprimento dessa aplicação por meio dos relatórios trimestrais, tornando mais difícil a correção de rumo durante o processo de execução (FUNCIA, 2018).

Andrade (2018) também contribuiu para a discussão sobre esse novo regramento, acrescentando outros olhares sobre as mudanças propostas. A autora afirma que os blocos de financiamento estabelecidos até então referem-se a ações essenciais a qualquer sistema de saúde e já preveem uma janela de planejamento e de expansão para novas necessidades do sistema. Nesse sentido, a regra da estabelecida pela Portaria GM/MS n. 204/07 não aprisiona o gestor, mas sim, contribui para a estruturação do sistema de uma maneira mais uniforme nas regiões, tendo em vista as diversas realidades existentes no país. A preocupação frente à supressão desses seis eixos estratégicos é a ação isolada de cada município frente às suas necessidades, e as influências exercidas nesse processo, afinal o contexto será a pressão da oferta de fornecedores privados, disputando a compra de serviços pelo município.

Além desse aspecto, Andrade (2018) acrescenta que com a edição da Portaria GM/MG 3992/18, perde-se também a possibilidade de enfrentar um grande desafio do SUS: a regionalização do sistema no país. A autora esclarece a importância da esfera federal como protagonista nesse processo, e defende que

Não há condições e nem existe em lugar nenhum do mundo um sistema de saúde organizado a partir dos municípios. Na verdade, o município tem características importantes na organização de um sistema de saúde, mas a produção de um serviço não pode ser municipalizada, e mais, para ser custo efetiva, o planejamento da oferta regionalizada precisa ser regulada e financiada pelo sistema de saúde em seu conjunto (ANDRADE, 2018, s.p.).

Nessa mesma linha, Campos (2018) destaca que a nova regra desequilibra a relação sistêmica, federativa e em rede, já frágil e precária, pendendo para o lado da descentralização e da municipalização excessiva, o que preocupa diante de uma implementação ainda inconclusa do processo de regionalização e da inexistência de mecanismos de regulação das diretrizes dos programas do SUS. Para o autor, na prática, criam-se com a Portaria GM/MS n. 3992/17, 5.700 sistemas (municipais) de saúde, o que coloca em risco toda a programação do SUS, transferindo a disputa por recursos ao nível municipal, com conseqüente desresponsabilização do governo federal.

Para além das perspectivas apresentadas acima, Noronha (2018) complementa destacando os possíveis impactos da Portaria GM/MS n. 3992/17 sobre a organização em rede dos serviços, com fragmentação e segmentação do cuidado, como a redução dos investimentos em novas capacidades e tecnologias; queda da qualidade e segurança dos serviços; aumento da desigualdade territorial; aumento da desigualdade por renda; expansão de novos arranjos privados; surgimento de novas modalidades de pré-pagamento, como planos populares; aumento da estratificação do atendimento; e, crescimento da concentração das inversões e inovações no setor privado de ponta.

Antes de concluir esta seção é preciso retomar e esclarecer que para além das formas de transferência dos recursos federais, outro aspecto importante trazido para a agenda de discussão com a publicação do Pacto pela Saúde foi a implantação as redes de atenção (que também será discutido nesta tese à luz do financiamento). Embora o Pacto não explicita em si um conceito, nem tampouco traga diretrizes para a implantação das redes, foi em seu bojo que o debate sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) reacendeu, ganhando institucionalidade por meio da Portaria GM/MS n. 4279/10. Essa portaria definiu as diretrizes para a estruturação da RAS, que tem como objetivo promover a integração sistêmica das ações e serviços de saúde, garantindo a provisão de uma atenção contínua, integral, responsável, humanizada e de qualidade. Nela, também fica estabelecido o que as redes devem se conformar de maneira regionalizada no território (BRASIL, 2010).

É nesse cenário que em junho de 2011, é publicado o Decreto n. 7508/11, que regulamenta a Lei n. 8.080/90, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Tanto o decreto, como a Portaria GM/MS convergem ao destacar a necessidade de consolidação da região de saúde como recorte privilegiado para a indução e integração das políticas, da expansão

do financiamento intergovernamental cooperativo e da estruturação das redes temáticas objetivando a garantia da integralidade no acesso ao sistema.

O Decreto n. 7508/11 incorporou a RAS nas diretrizes de organização, dando enfoque mais detalhado à aspectos estratégicos sobre oferta de ações e serviços, critérios de acessibilidade e escala para conformação das redes de atenção nas regiões. Ao mesmo tempo, tentou abarcar o fator político, introduzindo o termo “rede interfederativa de atenção à saúde” e propondo a institucionalização do acordo de colaboração entre os entes federados a partir do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Além desse instrumento, o Decreto n. 7508/11 institui novos instrumentos, tais como a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES); a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); o Mapa da Saúde. Entre os objetivos da regionalização, o arranjo para a governança das redes destaca as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Regionais (CIR) como espaços privilegiados para esse fim (BRASIL, 2011a; 2013; ALBURQUE, 2013).

Diante desse resgate sobre as normas de gestão do SUS, conclui-se essa seção destacando que a cada novo regramento publicado, a configuração do modelo de financiamento público se modifica, principalmente em relação aos critérios e formas de repasse dos recursos federais às unidades subnacionais. Como visto, essas alterações estão atreladas às diversas condições de gestão preestabelecidas, bem como ao arranjo regionalizado e descentralizado do sistema. No tópico a seguir, a fim de expandir o olhar sobre o financiamento público em saúde no país, serão abordadas as normativas que versam sobre os mínimos a serem aplicados por cada ente federado.

1.2.4.3 A Emenda Constitucional n. 29/00, a Lei Complementar n. 141/12 e a sucessão de regras para aplicação mínima da União

Diante da crise do financiamento instaurada pelo afastamento total dos recursos previdenciários do financiamento da saúde em 1993, começaram a prosperar iniciativas parlamentares para assegurar a vinculação de recursos para o SUS. A natureza dessas propostas era diversa, desde vinculações mais específicas como foi o caso da CPMF em

1996/97, como vinculações mais gerais no âmbito de cada esfera de governo. Dentre essas, a primeira apresentada foi a PEC n. 169/1993, que definia o aporte de 30% do OSS mais 10% de impostos para a saúde. Os estados, DF e municípios deveriam aplicar, no mínimo, 10% das receitas de impostos. A partir de então, várias outras propostas de vinculação de recursos foram elaboradas e discutidas no âmbito do Congresso Nacional para financiar o setor. O debate resultou na promulgação da Emenda Constitucional nº 29, em 13 de setembro de 2000, que alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da CF/88 e acrescentou um artigo ao ADCT, estabelecendo: o Distrito Federal e os estados têm que aplicar o mínimo de 12% de suas receitas em Saúde, e o Distrito Federal e os municípios, 15%. A União deveria fixar os gastos do Ministério da Saúde aplicando a variação nominal do PIB aos gastos do ano anterior (BRASIL, 2000; 2013).

A aprovação da EC n. 29/00 trouxe mudanças importantes ao assegurar a participação das três esferas de governo no financiamento das ASPS a partir da definição de um aporte anual mínimo de recursos. Mais do que impacto sobre o volume de recursos alocados para saúde, a EC n. 29/00 teve impactos diferenciados em cada ente da federação, sendo mais bem-sucedida no objetivo de alcançar o princípio constitucional da descentralização, promovendo maior participação dos estados, e em especial, dos municípios no financiamento do SUS (BRASIL, 2000; SERVO et al, 2011; UGA et al, 2012; VIANA, SILVA, 2012; PIOLA et al, 2013; MARQUES, PIOLA, 2014; BARROS, PIOLA; 2016)

Enquanto para as unidades subnacionais, a obrigação se deu como um percentual mínimo das receitas próprias, para a União, foi estabelecido como referência o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. Esse arranjo diferenciado entre entes implicou em um aumento da participação das unidades subnacionais, bem como culminou na estagnação do gasto federal em relação ao PIB, cerca de 1,8% ao ano (SERVO et al, 2011; UGA et al, 2012; VIANA, SILVA, 2012; PIOLA et al, 2013; MENDES, FUNCIA, 2016).

Além disso, Servo e colaboradores (2011) e Mendes e Funcia (2016) afirmam que o volume de recursos aplicados pelos governos federal e estadual poderia ser mais elevado se esses entes cumprissem a EC n. 29/00 de maneira plena, não valendo-se de diferentes mecanismos para reduzir a alocação de recursos. Importante ressaltar que apenas com a promulgação da LC n. 141/12 foram elencadas as despesas em ASPS a serem consideradas para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos em saúde.

A EC n. 29/00 passou por mais de uma década até ser regulamentada pela Lei Complementar n. 141/12. Há que se destacar que foi a Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde, publicada em 2003, que norteou a política de saúde na ausência da regulamentação da EC n. 29/00. A finalidade desse regramento era conferir eficácia ao princípio da vinculação de recursos orçamentários a ações e serviços públicos de saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios. Buscou-se também a perfeita aplicação dos recursos pelos agentes públicos até a regulamentação do artigo 198 da CF/88. A estrutura apresentada nessa Resolução está focada em quatro pontos: a base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em Saúde; os recursos mínimos a serem aplicados em saúde; as ações e serviços públicos de saúde; e, os instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle (BRASIL, 2003; 2013).

Ainda com a Resolução CNS n. 322/03 vigente, Barros e Piola (2016) esclarecem que no período em que a EC n. 29/00 não foi regulamentada, o SUS deixou de receber parcela dos recursos que lhe eram devidos. Estima-se que o déficit de aplicação de recursos em relação ao legalmente definido, da parte da União e dos estados, foi da ordem de R\$27,4 bilhões entre 2004 e 2008 (valores corrigidos para 2015). Nesse sentido, a necessidade de se esclarecer questões que geravam conflitos de entendimento sobre norma e a urgência de conseguir mais recursos para o SUS fez com que muita esperança fosse depositada em sua regulamentação.

Com a promulgação da LC n. 141/12, diversos contenciosos em relação à interpretação dos pontos que geravam controvérsia foram pacificados. Além do percentual de gastos em ASPS por estados, DF e municípios, essa lei versou sobre os critérios de rateio desses recursos entre estados e municípios, a forma de fiscalização, avaliação e controle das despesas com Saúde, e as normas de cálculo do montante a ser aplicado em Saúde pela União. Apesar dos avanços, a LC n. 141/12 não incorporou a proposta de aumento da participação federal no financiamento do SUS, sendo considerada uma derrota na histórica batalha pelo financiamento do SUS. Essa situação levou à proposta do Projeto de Lei de Iniciativa Popular n. 321/13 (PLP n. 321/13), resultante do movimento Saúde +10⁸, que

⁸ O Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública – SAÚDE + 10 foi criado em 17 de abril de 2012, por meio da articulação de várias entidades de movimentos sociais focados na saúde (entre elas o Conselho Nacional de Saúde, o CEBES, Conselhos de profissões da saúde, Centrais Sindicais, a Ordem dos Advogados do Brasil – OAB, entre outras) como objetivo reunir 1,5 milhões de assinaturas em prol de um Projeto de Lei de Iniciativa Popular com vistas a assegurar o repasse efetivo e integral de 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde pública brasileira, promovendo, portanto, a Lei Complementar no 141/12. Em 05 de

reivindicava a destinação de 10% da Receita Corrente Bruta (RCB) da União para a saúde (BRASIL, 2012; 2013; BARROS, PIOLA, 2016; MENDES, FUNCIA; 2016).

Apesar de contar com mais de dois milhões de assinatura, o PLP n. 321/13 não foi acatado pelo Congresso Nacional. Pelo contrário, na contramão do interesse social, e em prol do orçamento impositivo, governo e Congresso promoveram uma revisão do regramento vigente por meio da aprovação da EC n. 86/15, que vinculou a aplicação mínima da União a um percentual da Receita Corrente Líquida (RCL) de maneira escalonada até 2020, em patamar abaixo do pleiteado pelo movimento Saúde +10. A promulgação da EC n. 86/15, ao prever um escalonamento da aplicação partindo de 13,2% da RCL em 2016, seguindo para 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019, até chegar em 15% da RCL em 2020, repercutiu negativamente no financiamento do sistema, uma vez que esses pisos estabelecidos já seriam inferiores ao que efetivamente foi aplicado pela União (empenhado) em 2015 (14,8% da RCL) sob a vigência da LC n. 141/12 (BRASIL, 2015a; PIOLA, 2013; FUNCIA, 2015).

Além da aplicação escalonada do percentual insatisfatório da RCL da União, a EC n. 86/15 destinou ainda que 1,2% da RCL para aprovação de emendas parlamentares individuais (por isso o nome de Emenda do Orçamento Impositivo atribuído à essa proposta quando da sua discussão), sendo metade desse recurso (0,5% RCL) deve ser destinado à saúde, consumindo o seu orçamento. E mais, essa emenda determinou que os recursos decorrentes dos royalties do petróleo passem de extrateto para teto, compondo o piso do financiamento federal da saúde, na contramão do já aprovado pela Lei n. 12858/12 (BRASIL, 2015a; PIOLA, 2013; FUNCIA, 2015).

Essa alteração mal passou a vigor quando a EC n. 95/16, que institui um Novo Regime Fiscal para o país, foi aprovada. Essa emenda estabeleceu teto para as despesas primárias de cada poder, que terá sua base fixada no valor das despesas pagas no exercício de 2016. Em cada exercício seguinte, esse teto será corrigido pela inflação (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA) do respectivo ano anterior, ao longo de vinte anos. Assim, em termos reais, a despesa primária será congelada no valor real de 2016 (base fixa). A possibilidade de alteração do mecanismo de correção dos limites estabelecida só poderá

agosto de 2013, esse movimento marcou a história do SUS, com a entrega de mais de 2 milhões de assinaturas, dando início a criação do PLP n. 321/13 (SANTOS, 2014).

vigorar a partir do décimo exercício de vigência da PEC, por meio de Projeto de Lei por iniciativa do Presidente da República (BRASIL, 2016).

Vieira e Sá e Benevides (2016) ao discutirem sobre o congelamento do piso do gasto federal com saúde, revelam seus impactos para o financiamento do sistema, a saber: desvinculação das despesas com ASPS da receita corrente líquida; perda de recursos em relação às regras de vinculação das Emendas Constitucionais nº 29 e nº 86; redução do gasto público per capita com saúde; desobrigação dos governos de alocarem mais recursos em saúde em contextos de crescimento econômico; provável aumento das iniquidades no acesso a bens e serviços de saúde; e, dificuldades para a efetivação do direito à saúde no Brasil.

Ao longo da revisão teórica, histórica e normativa aqui desenvolvida, foi possível constatar que a garantia do direito à saúde por meio de um sistema de saúde universal, igualitário e integral não se efetiva apenas com a instituição do marco legal. O tópico a seguir aborda alguns aspectos conceituais sobre o financiamento dos sistemas de saúde e apresenta experiências internacionais, com vistas a contribuir para a discussão, seja ampliando a análise de cenário, seja vislumbrando alternativas e perspectivas.

1.2.5 Cenários e perspectivas: breves reflexões à luz de modelos conceituais e experiências internacionais em financiamento da saúde

O panorama apresentado evidenciou que desde a promulgação da CF/88, um conjunto de leis, portarias ministeriais e outros atos administrativos foram elaborados com o intuito de viabilizar o projeto sanitário desenhado. Como destacam Baptista e colaboradores (2009), a CF/88 é um dos textos constitucionais mais progressistas do mundo, pois abrange um escopo generoso de direitos civis, políticos e sociais. Contudo, a existência de características conservadoras impõem barreiras às conquistas alcançadas, inclusive no caso da saúde.

Considerando a sinergia existente entre o arcabouço normativo e a configuração do modelo de financiamento do SUS, e, buscando vislumbrar alternativas aos entraves enfrentados, essa seção dedica-se a abordar aspectos conceituais sobre o financiamento, bem como

apresentar algumas experiências internacionais, a fim de a conhecer cenários e identificar perspectivas a partir de ações e estratégias já adotadas por outros países.

Do ponto de vista conceitual, serão contempladas as características do financiamento dos sistemas de saúde (público e o privado), bem como as fontes do gasto público em saúde, mais especificamente, sobre aspectos da tributação, como o agente econômico onerado, a distribuição do ônus do pagamento, a arrecadação e a apropriação das receitas pelos entes federados. Por sua vez, o olhar sobre as experiências internacionais pretende inspirar reflexões acerca da relação entre o orçamento destinado à seguridade social e o financiamento da política de saúde; e, entre o modelo de proteção social escolhido por uma sociedade e o nível de direcionamento de recursos públicos aplicados no sistema de saúde.

Começando, portanto, pela origem conceitual da discussão, é válido recorrer a Ugá e colaboradores (2012), que esclarecem que o financiamento dos sistemas de saúde refere-se às fontes de recursos por meio das quais é realizado o gasto em saúde em uma sociedade. Esses gastos podem ser públicos, efetuados pelo Estado, via as diversas esferas de governo, financiados essencialmente por tributos (e em países de mais baixa renda pode se dar também por empréstimos e/ou doações internacionais), ou podem ser privados, realizados pelas famílias e empresas, mediante compra direta de medicamentos, serviços ou insumos, aquisição de planos de saúde (individuais e coletivos), ou ainda via poupanças individuais, prática pouco comum no Brasil, mas em expansão em outros países, principalmente nos asiáticos.

A Organização Mundial da Saúde (2017b), por sua vez, defende que o financiamento público compreende os recursos que tem uma natureza compulsória (imposta pelo governo à sociedade ou grupos, independente da utilização do serviço) e de pré-pagamento (contribuição ocorre antes da identificação da necessidade ou do acesso ao serviço), geralmente arrecadado via tributos. Já o financiamento privado é aquele que inclui os gastos em saúde realizados por empresas ou indivíduos, destinados a seguros de saúde ou despesas diretas com compras de insumos ou serviços. Ainda segundo a OMS, apesar do papel exercido pelo gasto privado nos sistemas de saúde, as evidências mostram que o financiamento público, acima de todas as formas de financiamento, é aquele que mais contribui para a melhoria dos sistemas de saúde e do avanço de seus resultados.

Assim, quando se analisa o gasto público, deve-se considerar aqueles custeados por tributos, sejam eles contribuições (que caracterizam-se pela vinculação específica de

alocação) ou impostos (cujo destino não é predefinido, sendo sua alocação deliberada arbitrariamente pelos governantes), aqueles financiados por empréstimos ou doações internacionais, ou ainda, em algumas experiências internacionais, os gastos custeados por receitas não tributárias de empresas estatais (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017b).

Compreendidas as características do financiamento dos sistemas de saúde, e tomando o gasto público em saúde como objeto de análise deste estudo, vale introduzir uma breve discussão sobre os tributos. Uma primeira categoria de análise é aquela destinada à relação ao agente econômico onerado. Existem os impostos diretos, que são aqueles que incidem sobre as famílias e empresas, não podendo ser repassados para terceiros, como por exemplo a tributação sobre a renda, a propriedade e o lucro, e, os impostos indiretos, que caracterizam-se pelo ônus à uma “terceira parte”, ou seja, são aqueles que incidem sobre transações comerciais ou valor de venda de mercadorias, podendo, portanto, serem transferidos aos consumidores finais (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017b).

Em relação à distribuição do ônus do pagamento do tributo, ou seja, à equidade do sistema tributário, classificam-se como progressivos aqueles que incidem mais do que proporcionalmente sobre os agentes com mais renda; proporcionais, que penalizam igualmente a todos, não havendo distinção alíquota; e, regressivos, que incidem mais do que proporcionalmente sobre os segmentos de menor renda, como é o caso dos impostos indiretos, repassados ao consumidor, que oneram as camadas mais pobres visto que toda renda é gasta com consumo (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012).

Dessa forma, existe certo consenso na atualidade que quanto mais composto por tributos diretos e progressivos, mais justo é considerado o sistema tributário. Contudo, a realidade brasileira demonstra que apesar do texto constitucional definir um conjunto de princípios tributários inspirados pela justiça fiscal e social, estabelecendo que a tributação no país deve ser, preferencialmente, direta, de caráter pessoal e progressiva, os desfechos da história, muito influenciados pelo ideário neoliberal, levaram a um cenário de aprofundamento da regressividade do sistema tributário brasileiro, de forma que, atualmente, a tributação sobre patrimônio chegue a ser insignificante: 1,17% do PIB (BRASIL, 1988; GOULARTI, 2017).

Outro aspecto importante sobre a tributação refere-se à arrecadação e apropriação das receitas pelos entes federados. Esses processos podem se dar de maneira local ou centralizada, o que tem uma série de implicações do ponto de vista federalista, e, por consequência, no processo de descentralização, aspectos que serão discutidos mais adiante. O importante é entender que, em tese, deveria haver uma coerência entre o modelo de seguridade social e o sistema tributário, representando uma convergência de esforços/medidas em prol de uma sociedade mais justa e equânime. E é nesse sentido, que a discussão sobre o nível financiamento público do sistema de saúde torna-se relevante.

Diante dos conceitos apresentados, recorre-se às experiências internacionais, contrastando cenários e perspectivas existentes, a fim de agregar elementos à reflexão.

Com a promulgação da CF/88, a saúde passa a compor o OSS, sendo financiada por meio de recursos dos orçamentos da União, estados, Distrito Federal e municípios, e de contribuições sociais (BRASIL, 1998). Contudo, o que à princípio teria potencial de assegurar maior estabilidade ao financiamento da saúde, na prática, demonstrou-se como um arranjo frágil, sensível aos diversos interesses e passível de inúmeros entraves, como tais como a concorrência com as demais áreas que compõem o OSS (em especial, a previdência social) e a inobservância dos valores a serem destinados para o SUS.

Assim, a análise tem como ponto de partida a relação entre o orçamento destinado à seguridade social e o financiamento da política de saúde. Começando pelos países da América Latina, dentre eles, Argentina, Chile, Colômbia, Peru, Uruguai e Venezuela, atenta-se para o fato de que apenas o Brasil possui um sistema de saúde inserido em um modelo de seguridade social cujo custeio é realizado por fontes fiscais e tributárias gerais. Para os demais casos, observam-se sistemas segmentados, nos quais existe pouca, ou nenhuma, integração entre os recursos fiscais e aqueles decorrentes de contribuições da seguridade social, em especial as contribuições sobre as folhas de salário (CARRILLO ROA, 2016).

Ainda no continente americano, a experiência dos Estados Unidos, exemplo clássico de um sistema de saúde liberal, ou como denomina Connil (2006), de um sistema do tipo pluralista empresarial permissivo, evidencia que a escolha pelo modelo de proteção social do tipo residual, ainda que com expressivos aportes de recursos, não gera resultados sanitários superiores aos daqueles que optam por um modelo de proteção com maior participação do público e do compartilhamento do princípio da solidariedade. Nesse país,

existem contribuições, realizadas pelo empregado e pelo empregador, destinadas ao seguro social, que pagam por três tipos de benefícios: aposentadoria, incapacidade e pensões. O sistema de saúde, a parte desse modelo, caracteriza-se pelos altos níveis de financiamento (o maior do mundo) e baixo nível de envolvimento do governo. Seu financiamento mescla recursos fiscais, pagamentos privados de terceiros (para custeio dos planos corporativos vinculados ao vínculo empregatício) e pagamentos privados diretos, como por exemplo, pagamento por serviços de saúde, co-seguro, co-pagamentos e franquias, também chamados de out-of-pocket (OOP). Estimativas apontam que os custos médicos são responsáveis por mais de 60% das falências pessoais no país (RICE et al., 2013).

Deslocando o olhar para o continente europeu, tem-se na Alemanha, desde 2009, o seguro de saúde como obrigação para todos os cidadãos e residentes permanentes, seja por meio de um sistema de seguro de saúde previsto pela Constituição, que compreende planos de saúde e associações de médicos credenciados, seja por seguros privados de saúde. Entre os dois modelos, predomina o Seguro Social de Doença, cujo direito ao acesso é condicionado à participação no mercado de trabalho e à contribuição prévia obrigatória proporcional ao salário, independente da relação ao risco, havendo equivalência entre as contribuições e benefícios com manutenção de status diferenciados (BUSSE; BLÜMEL, 2014; GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014).

Já na Inglaterra, o National Health Service (NHS), criado em 1948 e descentralizado para os quatro países que compõem o Reino Unido em 2004 (Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte), tem como base a cidadania e como princípio a cobertura universal gratuita a toda população, consolidando-se em uma estrutura tradicionalmente pública. Seu financiamento é fiscal e a alocação de recursos no sistema é feita por meio de uma fórmula de “capitação ponderada” visando à equidade, que considera um per capita ajustado por fatores demográficos, epidemiológicos, socioeconômicos e desigualdades em saúde (BOYLE, 2011; GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014).

Na Espanha, após longo período ditatorial, a Constituição de 1978 estabeleceu o direito universal à atenção à saúde, sendo criado, em 1986, o Sistema Nacional de Salud, descentralizado para as 17 Comunidades Autônomas. Seu financiamento é fiscal, decorrente de transferências gerais da União, sem vinculação, calculadas com base em critérios demográficos e serviços públicos a serem cobertos (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014).

Completando a análise, destaca-se entre as experiências asiáticas, o caso japonês. Assim como no Brasil, a seguridade social no Japão é composta por um tripé de sistemas: o de aposentadoria, o de saúde e o de serviços de bem-estar social. No campo da saúde, existe uma configuração segmentada semelhante à estrutura brasileira pré-SUS: um sistema de seguro social financiado por contribuições sociais, e, um de serviços de saúde pública, financiado por tributos. A adesão ao regime de seguro social é obrigatória, à exceção para aqueles que solicitam auxílio da seguridade social e recebem serviços médicos gratuitamente. Mais de 3.500 seguradoras, incluindo a Japan Health Insurance Association, uma agência semi-governamental, e os diversos fundos de seguros de saúde, como os de gestão societária, de sociedades de auxílio mútuo, os fundos municipais do Seguro Nacional de Saúde, entre outros, oferecem esquemas para os diversos grupos ocupacionais e esquemas de comunidade (agricultores, autônomos, idosos, entre outros). Os indivíduos e seus dependentes são automaticamente inscritos em uma seguradora com base na sua profissão e idade, e pagam prêmios de acordo com a renda e as taxas das seguradora (TATARA; OKAMOTO, 2009; TSENG, 2014).

Comparar apenas o modelo de financiamento da seguridade social e, em seu escopo, as características peculiares à saúde, não revela um aspecto crucial para a discussão: o nível de direcionamento de recursos públicos para o sistema de saúde. Como visto, os sistemas de seguridade social, visando à cidadania universal, tem, por essência, financiamento majoritariamente público, regido pela lógica da redistribuição e da equidade. Todavia, o que se observa no caso brasileiro, é que muito embora a CF/88 estabeleça um modelo que muito se assemelha a um sistema nacional do tipo Beveridgiano, na prática, a participação do setor público, especialmente no gasto em saúde, se aproxima a de sistemas do tipo liberal (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012; MARQUES; PIOLA, 2014; MENDES; FUNCIA, 2016).

Dados do Repositório de Dados do Observatório de Saúde Global, divulgados pela OMS (2017a), evidenciam essa realidade. Na Tabela 1, são apresentadas as estatísticas sobre o gasto em saúde em países selecionados, para os anos 2000, 2010 e 2014 (último ano disponível da série). Notam-se diferenças relevantes sobre o gasto em saúde tanto relação ao volume, quanto à fonte do financiamento.

Ao comparar Brasil, Dinamarca e Reino Unido, países cuja a base do sistema de saúde fundamenta-se nos princípios da seguridade social. Apesar dos três países apresentarem um

aumento do gasto no período em análise, o volume destinado à saúde no Brasil está em um patamar bem inferior ao desses dois países. Quando se analisa a natureza do gasto, impressiona a diferença observada. Enquanto na Dinamarca e no Reino Unido, o gasto público representa mais de 80% do gasto total em saúde, no Brasil, não se alcança nem 50%, ficando atrás da Alemanha, clássico exemplo de um sistema de seguro social, e até mesmo dos Estados Unidos, um sistema ícone do modelo liberal. Nesse sentido, vale resgatar os achados de Rice e colaboradores (2013), que afirmam que ainda que a proporção de despesa pública e privada seja relativamente próxima, apenas 30% da população dos Estados Unidos é coberta pelo financiamento público sistema. Mais de 50% dos norte americanos recebem sua cobertura por seguro de saúde privado, a maioria por seu vínculo empregatício.

A baixa prioridade dada à saúde pelo governo brasileiro é confirmada ao comparar o percentual do gasto público em saúde em relação ao gasto público total. Enquanto no Brasil essa parcela não alcançou nem 10%, ficando em 2014, em 6,78%, os governos da Dinamarca e do Reino Unido, investiram mais de 16% no setor. Nos Estados Unidos, esse percentual chegou a 21%.

Tabela 1 – Estatísticas sobre o gasto em saúde – Países selecionados – 2000, 2010, 2014

País	Ano	Gasto total em saúde - % PIB	% Gasto público em saúde em relação ao gasto total em saúde	% Gasto privado em saúde em relação ao gasto total em saúde	% Gasto público em saúde em relação ao gasto público total	% Gasto do seguro social em saúde em relação ao gasto público em saúde
Brasil	2014	8,3	46,0	54,0	6,8	-
	2010	8,3	45,8	54,2	9,9	-
	2000	7,0	40,3	59,7	4,1	-
Alemanha	2014	11,3	77,0	23,0	19,7	89,2
	2010	11,3	76,2	23,8	18,2	88,6
	2000	10,1	79,2	20,8	17,9	87,3
Argentina	2014	4,8	55,4	44,6	6,9	82,8
	2010	6,6	63,6	36,4	14,1	67,1
	2000	9,2	53,9	46,1	17,6	59,6
Bolívia	2014	6,3	72,1	27,9	11,8	36,9
	2010	5,4	67,3	32,7	11,9	43,4
	2000	5,7	57,2	42,8	8,7	69,7
Chile	2014	7,8	49,5	50,5	15,9	9,0
	2010	7,0	47,3	52,7	13,8	9,0
	2000	6,4	52,1	71,7	14,5	15,0
Dinamarca	2014	10,8	84,8	15,2	16,8	-
	2010	11,1	85,1	14,9	16,3	-
	2000	8,7	83,9	16,1	13,6	-
Estados Unidos	2014	17,1	48,3	51,7	21,3	21,4
	2010	17,0	47,5	52,5	19,0	22,4
	2000	13,1	43,3	56,7	16,8	26,1
Japão	2014	10,2	83,6	16,4	20,3	84,8
	2010	9,6	82,1	17,9	19,4	80,6
	2000	7,5	80,8	19,2	15,4	81,3
Reino Unido	2014	9,1	83,1	16,9	16,5	-
	2010	9,5	83,5	16,5	15,9	-
	2000	6,9	79,6	20,4	15,2	-

Fonte: WHO - Global Health Observatory data repository - Health expenditure ratios, by country - consulta em 03/08/2017

A comparação entre a situação brasileira com a de outros países da América Latina, também revela aspectos importantes. Como já constatado por Piola (2013), contrariando a situação frequentemente observada de maior gasto público em países de maior renda, Brasil e Chile, que destacam-se pela renda mais elevada, apresentam gasto privado maior do que Argentina e Bolívia, que apresentam renda inferior. Do ponto de vista da adequação entre

os modelos de financiamento e proteção social, o Brasil, único país com um modelo de seguridade social, apresenta a pior participação pública no gasto em saúde.

Ainda nessa discussão, deve-se destacar que vários são os fatores que determinam o volume de gastos em cada país, sejam eles intrínsecos ao sistema de saúde, como o grau de cobertura da população, a carteira de serviços ofertada, o grau e a velocidade de incorporação de novas tecnologias, entre outros, ou externos ao sistema, como o perfil demográfico e epidemiológico da população, as condições socioeconômicas ou mesmo as expectativas da população a respeito dos serviços (MENDES, 2011; UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012; PIOLA, 2013).

Fato é, que um maior nível de gasto com saúde não necessariamente significa serviços mais eficientes, efetivos e equitativos. Os modelos de financiamento e de organização dos sistemas exercem grande influência sobre os resultados alcançados. Enquanto os Estados Unidos destacam-se como o país com o maior gasto em saúde do mundo, financiando um sistema baseado em seguros privados, seus indicadores de saúde, como a mortalidade infantil e a expectativa de vida, figuram entre os piores quando comparados com os demais países de alta renda (RICE *et al.*, 2013). Já o Reino Unido, com seu modelo de seguridade social e gasto em saúde em relação ao PIB de pouco mais de 9% (quase metade dos Estados Unidos que gasta 17,14%), destaca-se entre os melhores desempenhos nos indicadores sanitários. Especificamente no caso brasileiro, o subfinanciamento e o baixo nível de direcionamento de financiamento público para o sistema de saúde, além de estarem relacionados aos fatores supramencionados, refletem a herança de uma estrutura pré-SUS, no qual o papel do Estado resumia-se fundamentalmente à promover a expansão do setor privado (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012; PIOLA, 2013; MARQUES; PIOLA, 2014).

Cabe ainda a ressalva que mesmo se o Brasil aplicasse percentual do PIB semelhante ao aportado pelo Reino Unido, considerando as estatísticas do Banco Mundial que indicam que o produto interno bruto brasileiro é inferior (1,796 trilhões de dólares em 2016, frente a 2,619 trilhões de dólares do Reino Unido) e a população é mais do que três vezes superior (207,7 milhões de brasileiros e 65,64 milhões de habitantes no Reino Unido), a garantia de um mesmo per capita em saúde destinado a cada cidadão obrigaria o governo brasileiro a elevar expressivamente os gastos públicos em relação ao PIB.

Diante dos panoramas apresentados, vale resgatar os achados de Baptista e colaboradores (2009), que esclarece que no caso brasileiro, o modelo político e de proteção social

delineado ao final da década de 80, encontrou um contexto de implantação adverso à consolidação dos preceitos constitucionais nos anos 90. Em especial no caso da saúde, o apesar dos importantes avanços logrados, o percurso da política expressou as tensões entre o movimento da reforma sanitária e a agenda hegemônica de reforma do Estado pregada pelo governo conservador. Com isso, observa-se que o contexto de inspirações neoliberais impôs restrições ao Estado no exercício de suas responsabilidades sobre a garantia da saúde como direito de cidadania, incorrendo, entre outros aspectos, na instabilidade de aporte de recursos financeiros, na persistência de distorções na relação público e privado, o que em última instância, tem se traduzido em violações ao direito e na manutenção das desigualdades em saúde.

As experiências internacionais apresentadas revelam que a escolha por um pacto solidário, traduzido em um modelo de seguridade social, com alto nível de direcionamento de financiamento público para o sistema de saúde, tem se demonstrado como a melhor alternativa em termos de resultados socio sanitários. Cabe concluir, que o caminho a ser seguido rumo à concretização de um sistema de saúde fundamentado na universalidade e integralidade no Brasil, passa pela rota de ruptura com modelo até então adotado no país, superando a herança de valorização e expansão do privado, e revertendo o quadro de subfinanciamento crônico do SUS. Os estudos apresentados a seguir pretendem contribuir para as discussões sobre essa temática tão importante, especialmente nesse momento de sucessivos retrocessos no campo da seguridade social.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a configuração do financiamento público do Sistema Único Saúde à luz dos mecanismos normatizadores da dinâmica de transferência e alocação de recursos entre os entes governamentais.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as modalidades de repasses financeiros estabelecidas pelo governo federal para as instâncias subnacionais voltadas para o custeio da média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial (MAC) e analisar sua relação com a implantação das diretrizes propostas pela Portaria n. 4.279/10 e o Decreto n. 7.508/11, para o período de 2006 a 2014.
- Analisar a composição e a evolução do financiamento público em saúde, por ente federado, a partir das receitas e despesas declaradas pelos mesmos ao SIOPS no período de 2007 a 2015.
- Traçar panorama das receitas e despesas por bloco de financiamento previsto pela Portaria GM/MS n. 204/07 a partir dos dados informados pelos entes federados ao SIOPS, nos anos de 2007 a 2015.
- Caracterizar o financiamento público da saúde conforme o perfil das regiões estabelecidas no âmbito das Comissões Intergestores Regionais para o período de 2007 a 2015 a partir dos dados informados pelos municípios brasileiros ao SIOPS.

3 MÉTODOS

Para compreender a configuração do financiamento público do SUS a partir dos mecanismos normatizadores da dinâmica de transferência e alocação de recursos entre os entes governamentais, este estudo percorreu algumas etapas. A primeira delas foi a elaboração de um estudo de caso do financiamento federal do custeio da média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial e sua relação com a implantação das diretrizes propostas pela Portaria n. 4.279/10 e o Decreto n. 7.508/11 no âmbito do SUS de Minas Gerais (SUS/MG) (BRASIL, 2010, 2011b).

Diante dos achados dessa etapa, surgiu o desafio de compreender melhor a dinâmica de alocação e utilização dos recursos em todos os blocos de financiamento estabelecidos pela Portaria n. 204/07 (BRASIL, 2007). Desenvolveu-se, a partir daí, estudo sobre a composição do financiamento público em saúde a partir das receitas e despesas informadas pelos entes federados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) (BRASIL, 2016g). Aproveitando o contexto de revisão da Portaria n. 204/07, optou-se por analisar nessa etapa, a alocação de recursos por ente financiador, por bloco de financiamento e por distribuição dos recursos no território sob a ótica regional.

Nesta seção os métodos serão apresentados na ordem em que o estudo foi desenvolvido, sendo apresentado, portanto, primeiro o estudo de caso mineiro, e na sequência, o estudo de caso nacional. Já na apresentação dos resultados, os estudos serão expostos em ordem invertida, partindo da lógica de uma abordagem geral para uma abordagem mais específica.

3.1 Estudo de caso do custeio federal da média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial do SUS de Minas Gerais

Trata-se de um estudo de caso do tipo analítico-descritivo, desenvolvido a partir dos dados das transferências federais para custeio da média e alta complexidade hospitalar e

ambulatorial do SUS de Minas Gerais no período de 2006 a 2014. O delineamento da pesquisa considerou os seguintes critérios de seleção:

- Local: Minas Gerais possui a segunda maior população do Brasil e extensão territorial equivalente à de países de médio porte. O estado apresenta grande diversidade socioeconômica, epidemiológica e demográfica, conjugada com uma distribuição espacial desigual de unidades de saúde de diferentes densidades tecnológicas. Essas características, além de representativas da realidade brasileira, demandam a elaboração de ferramentas de planejamento e gestão, dentre as quais, uma regionalização eficiente, capaz de delimitar as bases para a organização das redes de atenção, de forma a garantir o acesso à assistência integral. Assim, desde 1999, mas, sobretudo a partir de 2003, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) incorporou o Plano Diretor de Regionalização do SUS/MG (PDR-SUS/MG) como eixo estruturador das ações públicas em saúde, confirmando em suas políticas os princípios organizativos do SUS regulamentados pelo Decreto n. 7.508/11. Ademais, a base conceitual do PDR-SUS/MG contribuiu para que a organização das Redes de Atenção à Saúde fosse institucionalizada no estado, também a partir de 2003. Dessa forma, é possível afirmar que tanto o Decreto, como a Portaria a questão, encontram em Minas um terreno fértil para a sua implementação, haja visto a trajetória avançada da construção conceitual e de metodologias de trabalho sobre as premissas estabelecidas por essas normativas (MOREIRA; CAMPOS; MALACHIAS, 2012).
- Tipo de enfoque regional: em Minas Gerais, a tipologia utilizada pelo PDR-SUS/MG organiza o território em três níveis: municipal, no qual o gestor deve se responsabilizar pela atenção primária à saúde e por ofertar/organizar o elenco de média complexidade básica; microrregional, no qual, em seu pólo, com a solidariedade dos demais municípios de abrangência, tem-se a oferta/organização dos elencos de média complexidade hospitalar 1 ou 2, dependendo do porte populacional; e, macrorregional, no qual se oferta/organiza, no pólo, os elencos de alta complexidade e média complexidade especial (MINAS GERAIS, 2002). Ou seja, é esse último nível que apresenta (ou deveria apresentar) a oferta necessária para o alcance da integralidade do cuidado. Por esse motivo, foi escolhido como o enfoque regional a ser adotado. Vale ressaltar que com a adequação da tipologia estabelecida pelo PDR-SUS/MG aos termos do Decreto n. 7.508/11, a microrregião

passou a ser denominada Região de Saúde e a macrorregião como Região Ampliada de Saúde, sendo adotada a nomenclatura mais recente neste trabalho.

- Objeto de análise: ao conduzir a análise sob a tríade financiamento, descentralização e regionalização, o enfoque sobre o custeio da média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial se justifica na medida que, além de representar o maior quantitativo de transferências federais para as esferas subnacionais, tem-se nesse nível de complexidade o desenho regional como determinante para a garantia da integralidade da assistência, assim como os arranjos interfederativos demonstram-se fundamentais, tanto do ponto de vista da responsabilização sanitária, quanto da configuração de um modelo de financiamento capaz de viabilizar a efetivação das redes de atenção no território.
- Período de análise: o recorte temporal teve como marco a publicação da Portaria n. 4.279/10, que versa sobre a necessidade da elaboração de novos mecanismos de financiamento com vistas à operacionalização das RAS. Dessa forma, considerando que a operacionalização de uma política não se dá de forma imediata, cobriu-se o período de quatro anos anteriores e posteriores à publicação da normativa, a fim de se verificar os avanços alcançados no âmbito das diretrizes propostas.

A coleta dos dados referentes às transferências federais destinadas ao SUS/MG foi realizada no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (FNS) (BRASIL, 2016d). Foram feitas consultas detalhadas por ação/serviço/estratégia do Bloco de MAC para os 853 municípios do estado, para os nove anos em análise, conforme regime de caixa. Os arquivos foram consolidados em um banco de dados único por meio do Sistema de Gerenciamento de Banco de Dados MySQL 5.1.41 e as análises foram realizadas com Microsoft Office Excel 2011®.

Os valores anuais foram conferidos com os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde no sítio eletrônico da Sala de Apoio à Gestão Estratégica - SAGE (BRASIL, 2016e). Verificada a consistência do banco, os dados coletados foram corrigidos para dezembro de 2015 de acordo com o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), tendo como base o número índice acumulado a partir do mês de transferência do recurso (BRASIL, 2016a). Uma vez deflacionados, os dados foram organizados conforme as Regiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais, estabelecidas pela versão mais recente do PDR-SUS/MG (MINAS GERAIS, 2014).

O primeiro passo da análise compreendeu a caracterização das Regiões Ampliadas. Para isso, foram utilizados os seguintes dados, coletados nas respectivas fontes:

- Extensão territorial e número de municípios de abrangência, disponibilizados pelo PDR-SUS/MG (MINAS GERAIS, 2014);
- População residente, conforme estimativas fornecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2016c);
- Número de estabelecimentos conforme tipo de prestador, de acordo com Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2016b);
- Resolubilidade no Elenco da Atenção Terciária, indicador calculado pela SES-MG, que mede o percentual da capacidade de atendimento ambulatorial e/ou hospitalar da população na região ampliada de residência em relação ao elenco de serviços esperados para esse nível de atenção (MINAS GERAIS, 2016b), e;
- Tipologia nacional das regiões de saúde com base nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), disponibilizados no sítio eletrônico da pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil (REGIÃO E REDES, 2016a).

Descrita a situação das Regiões Ampliadas, partiu-se para a análise do comportamento das transferências federais realizadas no âmbito do Bloco MAC. As análises consideraram tanto a gestão do recurso - estadual e municipal - como o componente de transferência, Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Limite MAC), sendo esse organizado em duas categorias, conforme ação/serviço/estratégia, tendo em vista o enfoque do trabalho:

- Limite MAC: que compreende os recursos que remuneram a produção, conforme lógica da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS; os incentivos hospitalares diversos, tais como 100% SUS, Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH, antigo Incentivo à Contratualização - IAC), IntegraSUS, entre outros; e, os programas e pagamentos diversos, como ações judiciais de medicamentos, ações contingenciais para enfrentamento da epidemia de dengue, financiamento aos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador, etc.
- Recursos de Redes: composto por incentivos especificamente voltados às redes prioritárias estabelecidas pela política nacional de saúde, tais como Urgência e

Emergência, Saúde Mental, Cegonha, Saúde Bucal, Rede de Cuidados à Pessoa Portadora de Deficiência e Rede de Controle do Câncer.

Por fim, para conhecer o comportamento das transferências federais em relação às diretrizes estabelecidas na Portaria n. 4.279/10 e no Decreto n. 7.508/11, desenvolveu-se uma análise detalhada dos recursos de redes nas Regiões Ampliadas de Saúde. Para essa etapa, o primeiro passo foi compreender a política de financiamento de cada rede prioritária, identificando os tipos de incentivos estabelecidos, o quantitativo de portarias ministeriais que incorporaram recursos para cada rede no estado e o montante repassado.

Em seguida, a partir do exemplo da Rede de Urgência e Emergência (RUE), estudou-se a alocação efetiva do recurso transferido no território. Isso porque em Minas Gerais, a maioria dos municípios não detém a gestão de seus prestadores, conseqüentemente, parcela expressiva do recurso federal é transferida para o Fundo Estadual de Saúde (FES/MG), sem discriminação objetiva do beneficiário. Assim, foram consultadas no Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (SISMAC) todas as portarias que incorporaram recursos a essa rede, e verificadas na Programação Pactuada Integrada de Minas Gerais (PPI-MG), sua efetiva alocação, de forma que os valores sob gestão estadual tivessem seus credores identificados (BRASIL, 2016f; MINAS GERAIS, 2016a).

3.2 Estudo sobre a composição do financiamento público em saúde a partir das receitas e despesas informadas ao SIOPS

A fim de compreender a composição do financiamento público em saúde em âmbito nacional, foi realizado estudo, também de cunho analítico descritivo, a partir das receitas e despesas informadas pelos entes federados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos - SIOPS. Nessa etapa, o delineamento da pesquisa considerou os seguintes aspectos:

- Fonte de informação: conforme estabelecido no Artigo 3º da Portaria n. 53/13, o SIOPS é o sistema informatizado de acesso público e de alimentação obrigatória,

cuja finalidade é o registro eletrônico centralizado e atualizado das informações referentes aos orçamentos públicos em saúde de todos os entes federados e à sua execução. Por meio dos dados de receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde, o SIOPS possibilita o monitoramento da aplicação de recursos no SUS, caracterizando-se como importante instrumento para a gestão pública em saúde. Essa ferramenta teve sua relevância reforçada com a publicação da Lei Complementar n. 141/12, uma vez que a demonstração do cumprimento da aplicação dos recursos mínimos em ASPs por meio do SIOPS passou a ter influência direta nos mecanismos de transferências constitucionais e voluntárias da União aos demais entes da Federação, podendo provocar seu condicionamento/redirecionamento, e/ou suspensão (BRASIL, 2012, 2013).

- Enfoque por bloco de financiamento: a Portaria GM/MS n. 204/07 regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde na forma de blocos de financiamento - Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS, e, Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (esse último incluído por meio da Portaria n. 837/09). Desde a sua vigência, os recursos federais são repassados para contas únicas específicas de cada bloco, sendo essa lógica diretriz também para o monitoramento e controle dos recursos transferidos. Todavia, nos últimos anos, esse regramento vem sendo questionado, principalmente pelas instâncias gestoras do SUS representadas pelo CONASS e pelo CONASEMS, que passaram a argumentar que apesar da existência de seis grandes blocos de financiamento, as subdivisões instituídas ao longo dos anos, no âmbito de cada bloco, acabaram por culminar no estabelecimento de diversos regramentos⁹ distintos para a aplicação financeira, o que tornou a aplicação restritiva frente às diversas necessidades sanitárias e realidades locais. Para reforçar esse

⁹ Documentos divulgados pelos defensores da proposta de revisão da Portaria GM/MS n. 204/07 apresentam o número de 882 linhas de repasse (também chamadas de “caixinhas” ou de “Ação/Serviço/Estratégia”, nomenclatura utilizada pelo FNS, ou de “Programas”, como adotado na Sala de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde) de recursos federais para as esferas subnacionais (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017i; CARVALHO, 2017). Contudo, Sá e Benevides (2018) em estudo que analisou as linhas de repasse, esclarece que não há uma lista oficial disponível pelo Fundo Nacional de Saúde. Em sua pesquisa, o autor identificou 122 linhas de repasse de custeio no ano de 2016 do FNS para os Fundos Municipais de Saúde. Desse total, observa-se que a mediana de linhas de repasse para os municípios foi de 22, e que o maior número de linhas para um mesmo município foi 75. Por sua vez, as transferências federais para os estados se deram por meio de 96 linhas de repasse, sendo o maior número (70) repassado para o Distrito Federal que acumula as funções municipais e estaduais.

argumento, tem sido reverberado o entendimento sobre o exposto no Artigo n. 18 da Lei Complementar n. 141/12, que estabelece que as transferências de recursos financeiros federais devem ser feitas pelas categorias econômicas de custeio e capital, de forma a observar a autonomia de gestão na aplicação dos recursos financeiros. Assim, em janeiro de 2017, os gestores do SUS (Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS) deliberaram na CIT pela alteração na forma de transferência fundo a fundo dos recursos federais às esferas subnacionais de modo a compatibilizá-la ao regramento legal mais atual do SUS (BRASIL, 2017a; 2017i). Nesse sentido, o panorama a ser traçado neste trabalho pretende contribuir para esse processo de transição normativa, na medida que poderá servir de referência para estudos delineados a partir da nova regra, permitindo avaliar se os efeitos esperados foram alcançados.

- Período de análise: nessa etapa serão analisados os dados declarados de 2007 a 2015, o que compreende todo o período disponibilizado pelo SIOPS até a data de início da coleta de dados. Trata-se de um recorte temporal rico, pois aborda desde o início da vigência da Portaria n. 204/07, o que permitirá ilustrar o comportamento das transferências federais em quase uma década sob esse regramento.
- Tipo de enfoque: novamente optou-se por detalhar a análise ao nível regional, tendo em vista que esse arranjo territorial é uma diretriz para organização do SUS. Ademais, trata-se de uma abordagem ainda pouco utilizada nos estudos sobre o financiamento público em saúde no país disponíveis na literatura, mesmo sendo notória a sinérgica relação, já abordada no primeiro artigo, entre o financiamento do sistema e o seu planejamento e execução conforme ordenamento territorial de base regional com vistas à superação de desigualdades. Assim, para além da descrição dos dados conforme ente financiador, optou-se pelo recorte de regiões de saúde estabelecidas no âmbito das Comissão Intergestores Regionais, tendo em vista o interesse em compreender a questão do financiamento à luz da tipologia nacional das regiões de saúde disponibilizada no sítio eletrônico da pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil (REGIÃO E REDES, 2016a).

Diante dessas premissas, foi feito contato com a Coordenação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento da Secretaria Executiva da Ministério da Saúde

(SIOPS/CGES/DESID/SE/MS) de modo a verificar a viabilidade de disponibilização dos dados informados por bloco de financiamento por meio de bancos sistematizados conforme ente federado declarante.

A solicitação foi atendida, sendo os dados compartilhados em 17 de abril de 2017. Nova versão corrigida¹⁰ e atualizada foi remetida em 26 de janeiro de 2018. Conforme esclarecido pela equipe do SIOPS/CGES/DESID/SE/MS, tanto os dados da receita, como os da despesa, são de informados pelos declarantes. Nenhum valor é inferido e/ou projetado pela equipe. Os dados informados observam a estrutura de preenchimento estabelecida pelo sistema, sendo:

- Para União: foram disponibilizados dados referentes às despesas decorrentes das transferências regulares fundo a fundo, por fase de execução (dotação, empenho, liquidação e pagamento), para o período de 2012 a 2015, conforme bloco de financiamento, sem distinção por componente¹¹.
- Para Estados: foram compartilhados informados ao SIOPS pelas Unidades Federadas para o período de 2008 a 2015. As receitas foram disponibilizadas por fonte de financiamento (federal, municipal, outros estados, recursos próprios, receitas totais), por bloco, componentes e programas. Já as despesas estavam organizadas por fase de execução, por bloco e seus componentes.
- Para Municípios: foram disponibilizados os dados informados pelos municípios brasileiros ao SIOPS para o período de 2007 a 2015, pertinentes às receitas e despesas, organizados em estrutura semelhante à dos dados informados pelas Unidades Federadas.

Os arquivos disponibilizados tiveram seus cabeçalhos padronizados e foram consolidados em um banco de dados único por meio do Sistema de Gerenciamento de Banco de Dados MySQL 5.1.41. A estrutura final, com a listagem das variáveis e a relação existente entre elas, é compartilhada nas figuras a seguir.

¹⁰ Nessa nova versão disponibilizada, o que se observou para além das atualizações dos dados, foi a correção dos dados da despesa empenhada estadual para o ano de 2009, que não havia sido informada no primeiro banco, e os dados da despesa empenhada municipal para o ano de 2008, que no banco original está replicando os dados do ano de 2007.

¹¹ Como será apresentado nas figuras que se seguem, os dados fornecidos estão organizados em seis níveis de detalhamento. O primeiro identifica o ente. O segundo trata do tipo (receita ou despesa ou movimentação financeira). O terceiro refere-se às fase da despesa e às fontes da receita. O quarto identifica o bloco de financiamento previsto no âmbito da PT GM/MS n. 204/07. O quinto detalha as informações do bloco pelo o que se chamou de componente. E o sexto, o menor grau de detalhamento, compreende o que se chamou de programa.

A Figura 2 apresenta a estrutura dos dados coletados e utilizados para a União. Como mencionado, não são informadas via SIOPS as receitas destinadas a cada bloco de financiamento. Por sua vez, a Figura 3 apresenta a estrutura dos dados disponibilizados para as esferas subnacionais. Sobre o esquema disposto nessa figura, fazem-se necessário alguns esclarecimentos:

- Além das despesas e receitas, foram disponibilizados pela equipe do SIOPS os dados referentes à movimentação financeira informada pelos entes, compreendendo restos a pagar/outros pagamentos, rendimentos, saldo financeiro do exercício anterior e saldo financeiro do exercício atual. Contudo, esses dados não foram abordados nesta tese.
- Em relação aos dados da despesa das esferas subnacionais, como os dados referentes à dotação, ao valor orçado, e, no caso dos estados, para alguns anos, à dotação atualizada, não tiveram seu preenchimento de forma regular no período em análise, os mesmos foram desconsiderados para esta pesquisa.
- Os campos destacados com legenda distinta referem-se à estruturas do banco disponibilizadas exclusivamente para os estados.
- Em relação aos componentes, apenas para o ano de 2008 constavam, para estados e municípios, dados sinalizados como do componente Farmácia Popular. Contudo, como se tratou de uma excepcionalidade, o mesmo não constou no esquema, embora seu valor tenha sido incluído no bloco de Assistência Farmacêutica.

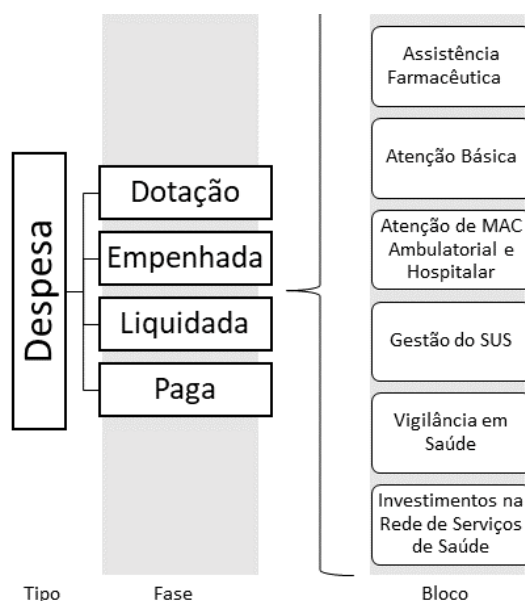


Figura 2 – Estrutura dos dados coletados para União
 Fonte: Elaboração própria. Nota: MAC: Média e Alta Complexidade

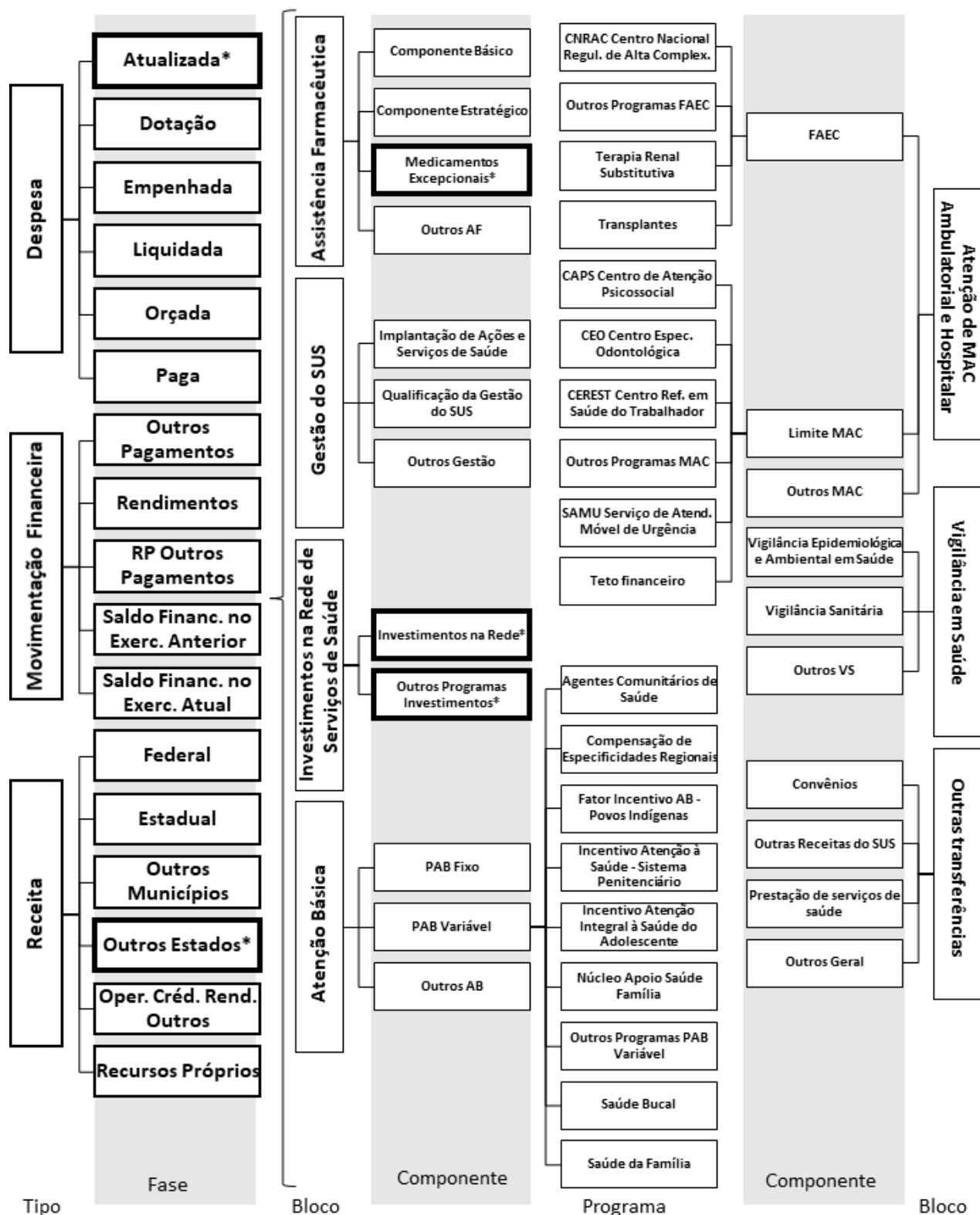


Figura 3 – Estrutura dos dados coletados para Estados e Municípios

Fonte: Elaboração própria. Legenda: (*) Campo exclusivo dos dados estaduais.
 Nota: RP: Restos a pagar; PAB: Piso da Atenção Básica; MAC: Média e Alta Complexidade; FAEC: Fundo de Ações Estratégicas e Compensações.

Padronizada a organização dos dados informados pelos entes ao SIOPS pertinente ao relatório da execução por bloco de financiamento, outros dados foram inseridos no banco consolidado:

- Para cada ano em análise, foi incluída a população residente, conforme estimativas fornecidas pelo IBGE e disponibilizadas no sítio eletrônico do DATASUS a fim de se calcular valores per capita (BRASIL, 2016c).
- Para os dados municipais, foi acrescida também a categorização conforme tipologia nacional das regiões de saúde com base nas Comissões Intergestores Regionais (CIR). Disponibilizada no sítio eletrônico da pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil, essa tipologia considera as 438 CIR/regiões formalmente constituídas até fevereiro de 2015, que englobam os 5.570 municípios brasileiros. Essas regiões foram classificadas em cinco grupos de acordo com suas características socioeconômicas e de oferta e complexidade dos serviços de saúde, sendo que o Grupo 1 compreende aquelas consideradas de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços, o Grupo 2 contempla aquelas de médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços, o Grupo 3 concentra as de médio desenvolvimento socioeconômico e média /alta oferta de serviços, o Grupo 4 considera as de alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços, e, o Grupo 5 agrega as de alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços (REGIÃO E REDES, 2016a, b).

Concluída a montagem do banco, os dados financeiros foram corrigidos para dezembro de 2016 de acordo com o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), tendo como base o número índice acumulado a partir do ano de transferência do recurso (BRASIL, 2016a).

Antes de proceder com a análise dos dados, foi realizada uma análise de consistência dos dados informados pelo SIOPS. Essa análise se deu à luz de três enfoques. Os tópicos a seguir abordam os principais achados em cada enfoque.

a) Comparação dos dados declarados pelos entes ao SIOPS conforme os diferentes tipos de relatórios fornecidos pelo sistema

O SIOPS permite a consulta a uma série de relatórios, demonstrativos e indicadores tabulados a partir dos dados informados pelos entes federados. Em relação aos dados informados existem diversas opções de consultas. No caso da União, por exemplo, é possível acessar os seguintes relatórios:

- Despesas com saúde: fornece os dados por natureza da despesa (custeio e capital), em suas diversas fases (dotação inicial, dotação atualizada, despesa empenhada, despesa liquidada, despesa paga, despesa executada por inscrição em Restos a Pagar não processado). Esse relatório contempla ainda as despesas não consideradas para apuração do mínimo constitucional, bem como despesas custeadas com outros recursos, apresentando o total das despesas com saúde e o total das despesas consideradas em ASPS.
- Despesas com ASPS por subfunção¹²: apresenta os dados por subfunções administrativas, subfunções vinculadas, informações complementares, disponibilizando a despesa total com saúde por subfunção.
- Despesas por bloco de financiamento: sua estrutura já foi apresentada anteriormente nessa seção, sendo este relatório objeto principal de análise desta pesquisa.
- Despesas custeadas pelo Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (FUNCEP)
- Execução dos Restos a Pagar: disponibiliza, por ano, os Restos a Pagar (RP) inscritos, cancelados/prescritos, pagos e a pagar, bem como contempla controle da execução dos RP cancelados ou prescritos de exercícios anteriores.

Em uma estrutura semelhante, mas com mais formas de consultas, o SIOPS fornece os seguintes relatórios pertinentes aos dados estaduais, municipais e do Distrito Federal:

¹² A classificação funcional segrega as dotações orçamentárias em funções e subfunções, de modo a esclarecer a área de ação governamental na qual a despesa será realizada. A função é o maior nível de agregação das diversas áreas de atuação do setor público. A função se relaciona com a missão institucional do órgão, por exemplo, a Função 10 destina-se à saúde. Já a subfunção representa um nível de agregação imediatamente inferior à função e esclarece cada área da atuação governamental, por intermédio da agregação de determinado subconjunto de despesas e identificação da natureza básica das ações que se formam em torno das funções. Para maiores esclarecimentos sobre os aspectos contábeis sugere-se o acesso ao Manual de Contabilidade aplicada ao setor público disponível no sítio eletrônico da Secretaria do Tesouro Nacional (BRASIL, 2017b)

- Consulta por unidade executora: fornece dados da receita da Administração Direta, receita da Administração Indireta, despesas da Administração Direta em saúde, despesas da Administração Indireta em saúde, despesas por subfunção Administração Direta, despesas por subfunção Administração Indireta, despesas custeadas no exercício de referência, despesas custeadas em exercícios anteriores para compensação de saldo de RP, Execução financeira por Bloco (para os estados e DF essa consulta aparece sob a nomenclatura de “Gestão Financeira”. Esse relatório é o principal objeto de análise desta pesquisa), despesa com saúde executada em Consórcio Público, transferência financeira para municípios (disponível apenas para os estados e DF), despesa com saúde executada com recursos do Fundo Constitucional do DF.
- Consulta de um ou mais códigos contábeis por categoria econômica: disponibiliza os respectivos dados para a receita orçamentária e suas fases, bem como para as despesas e suas fases, com a opção de filtro por subfunção, consórcio público, despesas orçamentárias, despesas custeadas por limites não cumpridos em exercícios anteriores, e, despesa custeada com RP.
- Consulta por determinado código contábil, como um detalhamento mais específico da consulta anterior.
- Consulta de despesa por fonte e restos a pagar: contempla Resumo das Informações Necessárias para o Cálculo do % da LC n. 141/ 2012, Saldo Financeiro da Saúde, Despesa por Fonte de Recursos Saúde, Despesa por Fonte de Recursos - Executadas em Consórcios Públicos, Restos a Pagar Inscritos em exercícios anteriores, Restos a Pagar Pagos – Saúde, Restos a Pagar Cancelados/Prescritos - Saúde
- Histórico da despesa por subfunção: apresenta em relatório único uma série de dados anuais pertinentes à dotação atualizada, despesas liquidada, despesa empenhada, por subfunção da Administração Direta, Indireta, ou ambas.

Diante desse cenário de diversas possibilidades de consultas no SIOPS, a primeira etapa dessa análise sobre o banco de dados a ser utilizado na pesquisa, buscou checar a consistência dos dados fornecidos pelo relatório pertinente à execução por bloco de financiamento em relação os dados da despesa total empenhada por subfunção e por natureza da despesa. A Tabela 2 apresenta o panorama encontrado. Como trata-se de um comparativo, foram mantidos na tabela em questão os valores originais (não deflacionados) disponibilizados pelo SIOPS.

Tabela 2 - Comparação das despesas totais empenhadas por ente federado, conforme subfunção, natureza da despesa e bloco de financiamento. Brasil - 2007 - 2015

Ente	Ano	Despesa empenhada total (R\$milhões)			Diferença (B-A)	Diferença (B-C)
		Subfunção (A)	Natureza da despesa (B)	Bloco de financiamento (C)		
União	2012	80.063,15	86.806,27	54.356,94	6.743,13	32.449,34
	2013	92.701,98	83.053,26	57.337,91	(9.648,73)	25.715,34
	2014	101.855,56	101.855,56	62.351,24	-	39.504,32
	2015	110.221,89	110.221,89	67.921,43	-	42.300,47
	Total	384.842,58	381.936,98	241.967,52	(2.905,60)	139.969,46
Estados	2007	37.912,78	37.912,78	-	-	37.912,78
	2008	44.945,94	44.945,94	44.945,94	-	-
	2009	49.983,57	49.983,57	49.983,57	-	-
	2010	56.056,72	56.056,72	56.056,72	-	-
	2011	59.215,66	59.215,66	59.215,66	-	-
	2012	63.812,41	63.812,41	63.812,41	-	-
	2013	68.800,84	68.875,37	66.918,33	74,54	1.957,05
	2014	82.297,26	82.402,01	79.369,85	104,76	3.032,16
	2015	89.686,24	89.805,40	88.682,70	119,16	1.122,70
Total	552.711,42	553.009,87	508.985,17	298,45	44.024,69	
Municípios	2007	47.281,30	47.281,30	6.225,29	-	41.056,01
	2008	56.816,39	56.816,39	56.791,78	-	24,61
	2009	63.283,22	63.283,22	63.283,22	-	-
	2010	72.591,41	72.591,41	72.591,41	-	-
	2011	83.444,39	83.444,39	83.444,39	-	-
	2012	94.931,25	94.931,25	94.931,25	-	-
	2013	106.337,75	106.371,38	106.309,93	33,63	61,45
	2014	122.526,06	122.560,58	122.495,88	34,52	64,70
	2015	128.354,88	128.402,44	128.321,04	47,57	81,41
Total	775.566,65	775.682,36	734.394,18	115,72	41.288,19	

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo SIOPS. Consulta dados da despesa por subfunção e natureza da despesa em 09/11/2017 e despesa por bloco de financiamento disponibilizada pela DESID/MS em 17/04/2017 e confirmada em 24/01/2018.

Para estados e municípios, observa-se que há uma coerência entre os valores consultados nos três relatórios fornecidos pelos SIOPS no período de 2009 a 2012, o que sugere a consistência dos dados resultantes da consulta por bloco de financiamento. Sobre os anos de 2007 e 2008, vale destacar que o preenchimento do relatório de execução por bloco de financiamento não era obrigatório para os entes, o que pode explicar a diferença observada. Para os demais anos, há que se considerar que a divergência observada ocorreu entre os três

tipos de relatórios analisados e não apenas em relação à consulta por bloco de financiamento.

Já para a União, o cenário encontrado não reflete a mesma coerência, sendo observadas divergências entre os relatórios em todos os anos, com uma diferença mais expressiva do relatório de blocos para os demais. Importante esclarecer que no relatório por bloco de financiamento preenchido por este ente, não são informados os valores executados além a da transferência federal realizada aos fundos descentralizados no âmbito da Portaria GM/MS n. 204/07. Assim, recursos de aplicação própria em projetos do próprio Ministério da Saúde, como custeio de hospitais federais, Programa Mais Médicos, entre outros, não são considerados nessa consulta.

Ainda sobre a consistência entre os valores informados entre os diferentes relatórios, observa-se que, em 2015, para as receitas estaduais provenientes de recursos próprios, chama a atenção os dados declarados pelo Pará. Nos anos anteriores, foram declaradas, em média, aplicações de receitas próprias no Bloco MAC na ordem de R\$550.000.000,00. Todavia, em 2015, o valor informado foi de R\$76.309.812.888,00, valor superior à 9,5 vezes ao somatório dos valores informados nos anos anteriores, sugerindo um erro de preenchimento. Esse fato foi relatado à equipe SIOPS/CGES/DESID/SE/MS, que sugeriu a comparação desse valor com o dado fornecido pela consulta por unidade executora no código 4.1.7.21.33.12.00 - Atenção de MAC Ambulatorial e Hospitalar. Ao realizar a consulta indicada, foi identificada uma receita realizada até o 6º bimestre na ordem R\$292.837.671,68, o que reforçou a percepção de que trata-se de um erro de preenchimento. Assim, de forma a minimizar esse possível viés de preenchimento, quando da análise da receita própria estadual por bloco, para o Pará, foi imputado para o ano de 2015, o valor declarado por este estado no relatório de execução por bloco de financiamento de 2014 para o Bloco MAC (R\$643.110.938,53).

b) *Análise da composição/estrutura do banco de dados informados pelos entes sobre a execução por bloco de financiamento*

Nessa etapa, dedicada a entender as características dos dados disponibilizados pelo SIOPS sobre a execução por bloco de financiamento previsto na Portaria GM/MS n. 204/07, três

aspectos relevantes foram observados. O primeiro deles, específico para o ano de 2013, é relativo aos dados pertinentes às despesas da União por bloco de financiamento. Quando do levantamento dos dados em abril de 2017, ao se fazer a consulta no sítio eletrônico do SIOPS, eram retornados valores referentes às subfunções de despesa, e não aos blocos de financiamento, inviabilizando a comparação com os demais anos. Diante dessa situação, foi feito contato com a equipe do SIOPS/CGES/DESID/SE/MS, que confirmou que se tratava de uma falha do sistema, sendo feita, prontamente, a correção da consulta no site, possibilitando a coleta dos dados corretos.

O segundo achado veio da observação de valores negativos em campos pertinentes às receitas, para os dados municipais de 2014, o que é um equívoco do ponto de vista conceitual. Para fins de registro no SIOPS, a receita caracteriza-se como o montante aplicado em saúde, logo não é possível ter uma aplicação negativa, o que significaria uma retirada de recursos do SUS. A Tabela 3 apresenta os casos identificados. Ressalta-se, ainda, o viés gerado por esse registro negativo na análise do gasto total em saúde, visto que o mesmo reduz o montante final, inviabilizando um retrato fiel da realidade.

Tabela 3 - Valores negativos de receitas publicizados pelo SIOPS por município declarante - Brasil – 2014

UF	Código IBGE	Declarante	Tipo	Bloco	Componente	Valor publicizado pelo SIOPS (R\$)
				AB	PAB Variável	-3.977.674,62
MG	310740	Bom Despacho	Receita - Recursos próprios	MAC	FAEC	-899.567,80
				Investim.	-	-16.385,22
				Outros	Convênios	-407.409,85
PE	260890	Limoeiro	Receita - Federal	Outros	Convênios	-12.386,01
PR	412065	Quarto Centenário	Receita - Recursos próprios	AB	PAB Variável	-19.900,06
				Outros	Convênios	-3.028,33
RJ	330030	Barra do Pirai	Receita - Recursos próprios	Outros	Outras receitas do SUS	-634.995,21
SP	354210	Rafard	Receita - Recursos próprios	Outros	Convênios	-300.000,00
SP	355000	São Luís do Paraitinga	Receita - outros municípios	AB	Outros AB	-233.842,23

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo SIOPS no banco de 26/01/18

Legenda: AB – Atenção Básica, MAC – Média e Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial

Essas distorções observadas foram reportadas à equipe da Coordenação do SIOPS/CGES/DESID/SE/MS, para que as mesmas fossem averiguadas de forma a

esclarecer os motivos, bem como orientar a condução da pesquisa, garantindo a fidedignidade dos dados declarados. Foi esclarecido que não é possível a declaração de valores negativos na receita, bem como não seria o caso de registro de devolução de recursos. Após consulta ao arquivo original de um dos casos apresentados na Tabela 4, foi verificado que se tratava de um campo zerado. Dessa forma, foi avaliado que os achados discrepantes identificados na tabela acima tratavam-se de falhas de desenvolvimento do sistema. A demanda foi encaminhada pela equipe do SIOPS para o setor responsável no Datasus e, até o momento, não foi obtido retorno. Nesse sentido, dada tal limitação, optou-se por retirar os valores negativos da análise.

O terceiro aspecto que chamou a atenção no primeiro banco enviado, foi, que para alguns anos, nos dados municipais, as colunas totalizadoras dos blocos de financiamento apresentavam valores distintos das somas dos itens que a compunham. A Tabela 4 apresenta as diferenças identificadas.

Sobre essa questão, a equipe do SIOPS esclareceu que as colunas totalizadora não são preenchidas pelos entes, mas sim calculadas pelo sistema, sugerindo falha de desenvolvimento de sistema. O problema também foi reportado ao Datasus e até o momento não se obteve retorno. No banco corrigido compartilhado pela equipe do SIOPS em janeiro de 2018 o problema se manteve. Diante desse cenário, para análise e discussão dos resultados, optou-se por considerar a soma dos campos dos programas que compõem cada bloco, uma vez que os municípios declarantes informam esses dados, e é a soma desses valores que coincide com total reportado nos demais relatórios do SIOPS apresentados no tópico anterior. Dessa forma, foram excluídos da análise os dados disponibilizados nas colunas totalizadoras.

Tabela 4 - Diferença observada entre os dados da coluna totalizadora do bloco de financiamento e seus respectivos componentes -
Municípios - 2007 - 2015

Ano	Bloco	Despesa					Receita		
		Dotação	Empenhada	Liquidada	Paga	Orçada ⁽¹⁾	Federal	Estadual	Recurso Próprio
2007	AF	-	47.971.570,25	43.601.179,48	40.029.095,29	-	45.746.103,10	64.076,81	-
2007	AB	-	-	-	-	-	-	4.067,82	-
2008	AF	-	47.971.570,25	43.601.179,48	40.029.095,29	-	37.094.531,76	2.158.181,83	-
2009	AF	366.060.811,52	383.453.513,76	344.594.584,39	327.523.411,09	529.126.475,75	-	-	-
2010	AF	315.700.176,90	270.570.499,13	237.179.270,90	207.376.378,44	336.270.650,49	-	-	-
2011	AF	385.528.145,67	324.177.716,15	308.858.239,09	280.949.735,99	472.739.891,54	-	-	-
2012	AF	583.024.722,18	486.022.891,75	446.763.053,47	413.051.457,88	-	-	-	-
2012	AB	-	-	-	-	-	-	-	-21.402,84
2013	AF	822.501.218,32	717.162.683,31	658.302.614,95	621.601.425,61	604.987.816,11	-	-	-
2013	AB	-	-	-	-	-	-	-	- 2.081,41
2013	MAC	-	-	-	-	-	-	-	-20.931,92
2014	AF	804.106.015,00	652.127.682,77	602.797.281,30	556.940.819,86	621.864.778,13	-	-	-
2015	AF	859.872.301,90	717.813.819,88	674.336.412,00	609.924.483,77	733.722.772,86	-	-	-

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo SIOPS no banco disponibilizado em 17/04/2017.

Nota: (1) De acordo com o Manual do SIOPS, é o valor total da Despesa Prevista com saúde para o exercício, excluindo a despesa com inativos e pensionistas, despesa com assistência à saúde que não atende ao princípio de acesso universal e outras ações e serviços não computados de que trata à LC 141/12 (BRASIL, 2015)

Legenda: AB – Atenção Básica, AF – Assistência Farmacêutica, MAC – Média e Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial

c) *Análise descritiva sobre o preenchimento dos dados no banco disponibilizado referente aos relatórios de execução por bloco de financiamento*

Compreendida a composição/estrutura do sistema e identificadas suas inconsistências, o passo seguinte foi desenvolver uma análise descritiva sobre o preenchimento dos dados. Para cada ano, foi verificado o percentual de preenchimento dos dados por ente, de forma a compreender o volume de dados disponíveis para análise. É válido destacar que dos 5.570 municípios brasileiros, apenas o arquipélago de Fernando de Noronha não informou os dados em nenhum ano do período estudado, não constando, portanto, no banco de dados.

Lançando o olhar para o preenchimento das receitas e despesas em cada ano de análise, constatou-se que em todos os anos, todos os estados reportaram algum dado. Em 2008, o SIOPS disponibilizou apenas o campo “receitas estaduais”, não distinguindo o que é de aplicação própria daquilo que é proveniente de transferência de outros estados. Por isso, para fins de análise de recursos próprios, os dados foram desconsiderados.

O panorama geral do preenchimento municipal é apresentado na Tabela 5. Foram considerados como respondentes os municípios que preencheram pelo menos um campo, em cada ano, para receitas e despesas. Sobre os menores percentuais de preenchimento nos anos de 2007 e 2008 esclarece-se que trata-se de um reflexo da não obrigatoriedade de preenchimento desse relatórios nos anos em questão.

Tabela 5 - Número de municípios respondentes e percentual de declaração dos dados municipais de receita e despesa por ano - Brasil - 2007 - 2015

Ano	Total de municípios brasileiros*	Receita		Despesa	
		N. municípios respondentes	% declaração	N. municípios respondentes	% declaração
2007	5.564	5.537	99,51	1.202	21,60
2008	5.565	5.511	99,03	1.202	21,60
2009	5.565	5.547	99,68	5.543	99,60
2010	5.565	5.543	99,60	5.540	99,55
2011	5.565	5.525	99,28	5.525	99,28
2012	5.565	5.447	97,88	5.547	99,68
2013	5.570	5.567	99,95	5.567	99,95
2014	5.570	5.568	99,96	5.568	99,96
2015	5.570	5.567	99,95	5.567	99,95

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo SIOPS no banco disponibilizado em 17/04/2017

Nota: * - Em 2008 foi criado o município de Nazaré (código IBGE 220672). Em 2013 foram criados os municípios de Mojuí dos Campos (150475), Balneário Rincão (422000), Pescaria Brava (421265), Pinto Bandeira (431454), Paraíso das Águas (500627).

Fonte: IBGE e SIOPS. Elaboração própria.

Análise semelhante foi feita para os grupos de regiões de saúde, compreendendo o padrão de preenchimento do SIOPS (Tabela 6). Nota-se que não há variação relevante entre os grupos, havendo um alto percentual de informação por parte dos municípios em todas as categorias a partir de 2009, lembrando que para os anos anteriores o preenchimento do relatório de execução por bloco de financiamento não era obrigatório.

Tabela 6 – Padrão de preenchimento do relatório por execução por bloco de financiamento do SIOPS por grupos de regiões de saúde - Brasil - 2007 - 2015

Característica / Ano	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4		Grupo 5		
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	
Municípios respondentes - Despesa empenhada	2007	293	13,62	96	19,92	493	26,07	70	23,33	238	31,95
	2008	293	13,62	96	19,92	493	26,07	70	23,33	238	31,95
	2009	2.136	99,30	480	99,59	1.884	99,63	297	99,00	741	99,46
	2010	2.132	99,12	480	99,59	1.885	99,68	298	99,33	742	99,60
	2011	2.117	98,42	481	99,79	1.887	99,79	298	99,33	742	99,60
	2012	2.042	94,93	477	98,96	1.883	99,58	294	98,00	739	99,19
	2013	2.139	99,44	481	99,79	1.891	100,00	300	100,00	742	99,60
	2014	2.141	99,54	482	100,00	1.891	100,00	300	100,00	744	99,87
	2015	2.141	99,54	482	100,00	1.890	99,95	300	100,00	744	99,87
Municípios respondentes - Receitas totais	2007	2.129	98,98	480	99,59	1.887	99,79	298	99,33	743	99,73
	2008	2.105	97,86	479	99,38	1.886	99,74	298	99,33	743	99,73
	2009	2.138	99,40	482	100,00	1.886	99,74	298	99,33	743	99,73
	2010	2.135	99,26	481	99,79	1.886	99,74	298	99,33	743	99,73
	2011	2.117	98,42	481	99,79	1.887	99,79	298	99,33	742	99,60
	2012	2.053	95,44	477	98,96	1.883	99,58	295	98,33	739	99,19
	2013	2.150	99,95	482	100,00	1.891	100,00	300	100,00	744	99,87
2014	2.151	100,00	482	100,00	1.891	100,00	300	100,00	744	99,87	
2015	2.151	100,00	482	100,00	1.890	99,95	300	100,00	744	99,87	

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo SIOPS no banco disponibilizado em 17/04/2017 e do banco de indicadores da pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil

Detalhando mais a análise do preenchimento por grupo de regiões de saúde, a Tabela 7 apresenta as principais características de composição de cada grupo de região (regiões e municípios de abrangência e população), bem como o padrão de preenchimento do SIOPS, destacando o somatório da população dos municípios respondentes das receitas totais e das despesas empenhadas para cada grupo e seu percentual em relação à população total. A partir dessa população respondente, foi calculado o per capita ajustado.

Tabela 7 - Principais características e padrão de preenchimento do SIOPS por grupo de regiões de saúde - Brasil - 2007 - 2015

Característica / Ano	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4		Grupo 5		
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	
Regiões de abrangência	175	40	47	10,7	129	29,5	27	6,2	60	13,7	
Municípios de abrang.	2.151	38,6	482	8,7	1.891	34	300	5,4	745	13,4	
População total	2007	41.620.210	22,6	9.930.504	5,4	37.512.404	20,4	18.869.932	10,3	76.078.665	41,3
	2008	43.015.943	22,7	10.310.008	5,4	38.811.196	20,5	19.563.583	10,3	77.909.072	41,1
	2009	43.400.466	22,7	10.436.287	5,5	39.137.100	20,4	19.839.018	10,4	78.690.750	41,1
	2010	43.230.219	22,7	10.697.005	5,6	38.904.491	20,4	19.821.718	10,4	78.076.632	40,9
	2011	43.547.094	22,6	10.829.808	5,6	39.179.388	20,4	20.067.199	10,4	78.753.123	40,9
	2012	43.889.059	22,6	10.956.200	5,7	39.448.004	20,3	20.298.562	10,5	79.381.987	40,9
	2013	45.338.570	22,6	11.376.742	5,7	40.967.746	20,4	21.080.341	10,5	82.296.553	40,9
	2014	45.649.025	22,5	11.516.348	5,7	41.277.079	20,4	21.340.731	10,5	83.013.451	40,9
	2015	45.948.301	22,5	11.652.320	5,7	41.574.787	20,3	21.593.928	10,6	83.710.193	40,9
	População dos municípios declarantes receita total	2007	41.240.067	99,1	9.900.489	99,7	37.502.974	100	18.869.932	100	73.622.762
2008		42.252.530	98,2	10.244.567	99,4	38.799.060	99,9	19.563.583	100	77.663.169	99,7
2009		43.161.998	99,5	10.436.287	100	39.115.348	99,9	19.839.018	100	76.083.865	96,7
2010		42.979.311	99,4	10.686.182	99,9	38.855.348	99,9	19.821.718	100	75.513.669	96,7
2011		43.122.582	99,0	10.818.959	99,9	39.162.008	100	20.067.199	100	76.122.263	96,7
2012		41.827.817	95,3	10.915.437	99,6	39.388.757	99,8	20.128.193	99,2	76.533.831	96,4
2013		45.325.732	100	11.376.742	100	40.967.746	100	21.080.341	100	79.506.792	96,6
2014		45.649.025	100	11.516.348	100	41.277.079	100	21.340.731	100	80.161.079	96,6
2015		45.948.301	100	11.652.320	100	41.550.632	99,9	21.593.928	100	80.795.363	96,5
População dos municípios declarantes despesa empenhada		2007	6.512.854	15,6	2.235.978	22,5	9.458.446	25,2	4.300.109	22,8	14.456.572
	2008	42.252.530	98,2	10.244.567	99,4	38.727.323	99,8	19.563.583	100	77.663.169	99,7
	2009	43.154.240	99,4	10.374.746	99,4	38.976.551	99,6	19.818.941	99,9	76.038.454	96,6
	2010	42.946.704	99,3	10.682.298	99,9	38.850.214	99,9	19.821.718	100	75.509.855	96,7
	2011	43.122.582	99,0	10.818.959	99,9	39.162.008	100	20.067.199	100	76.122.263	96,7
	2012	41.722.002	95,1	10.915.437	99,6	39.388.757	99,8	20.104.798	99,0	76.533.831	96,4
	2013	45.170.105	99,6	11.325.593	99,6	40.967.746	100	21.080.341	100	79.352.527	96,4
	2014	45.489.021	99,6	11.516.348	100	41.277.079	100	21.340.731	100	80.161.079	96,6
	2015	45.797.401	99,7	11.652.320	100	41.550.632	99,9	21.593.928	100	80.795.363	96,5

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo SIOPS no banco disponibilizado em 26/01/2018, pelo IBGE e pelo banco de indicadores regionais

Vencida a etapa de verificação da consistência dos dados informados, passou-se para análise exploratória dos mesmos. Os tópicos a seguir destacam alguns aspectos peculiares às receitas e despesas.

a) Sobre as receitas

- Para a análise das receitas disponibilizadas para o SUS, por ente e por bloco, foram consideradas apenas as receitas declaradas provenientes recursos próprios, de modo a evitar a sobreposição de informações, uma vez que as unidades subnacionais declaram todas as fontes. As receitas próprias¹³ referem-se àquelas provenientes de impostos e transferências constitucionais e legais, compondo a base de cálculo para o cumprimento da aplicação mínima em ações e serviços públicos em saúde, estabelecido no §3º do artigo 198 da CF/88, incluído pela EC n. 29/00 e regulamentado pela Lei Complementar n. 141/12. Compreendem, portanto, o somatório das receitas de impostos, dívidas ativas, multas e juros de mora correspondentes, além das transferências constitucionais, devendo essas, nos casos dos estados, ter deduzida a parcela de sua arrecadação transferida aos municípios (BRASIL, 2017a).
- Para análise da receita disponível por região foi considerada a receita total declarada pelos municípios, tendo em vista que esse recorte territorial foi feito com base nos municípios de adscrição, logo, não existe a possibilidade de sobreposição de dados.
- A consulta aos dados da União não disponibiliza os valores pertinentes às receitas federais destinadas a cada bloco. Assim, para fins de comparação entre receita e despesa declarada por bloco de financiamento, considerou-se como receita a dotação atualizada, que apesar de ser conceitualmente uma fase da despesa, representa os recursos orçamentários disponibilizados para execução, considerando o valor previsto na Lei Orçamentária Anual e suas respectivas alterações. Essa opção de utilização da dotação atualizada como proxy da receita para a União também se justifica na medida que ainda que exista dotação atualizada, é preciso a

¹³ Para os estados, a base de cálculo da receita vinculada compreende as receitas de impostos estaduais (ICMS, IPVA, ITCMD), as receitas de transferência da União (FPE, IPI, Lei Kandir), o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), outras receitas correntes (receita da dívida tributária de impostos, multas, juros de mora e correção monetária) e exclui as transferências constitucionais e legais a municípios (ICMS, IPVA e IPI — exportação). A base de cálculo dos municípios abrange as receitas de impostos municipais (ISS, IPTU, ITBI), as receitas de transferências da União (FPM, ITR, Lei Kandir), o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), as receitas de transferências do estado (ICMS, IPVA, IPI — exportação) e outras receitas correntes (receita da dívida tributária de impostos, multas, juros de mora e correção monetária) (PIOLA et al, 2013; BRASIL, 2017a).

descentralização do recurso para empenho da despesa. Logo, a existência de dotação atualizada (orçamento) não significa necessariamente que o gestor consegue efetivar equivalente gasto de maneira automática, dependendo da liberação da descentralização orçamentária por parte do órgão fazendário do respectivo ente.

- Para a análise da receita total da União, tendo em vista que o relatório de execução por bloco apresentou divergências consideráveis em relação aos montantes reportados nos relatórios de despesa por subfunção e natureza da despesa, optou-se por utilizar a dotação atualizada reportada na consulta da despesa por subfunção. Além de apresentar valores próximos aos informados no relatório da despesa por natureza, os totais declarados nessa consulta se aproximam dos valores apresentados pelo Ministério da Saúde nos Relatórios Anuais de Gestão dos anos em análise, documentos esses utilizados para comprovação da aplicação dos mínimos constitucionais por ente.

b) Sobre as despesas

- Para a análise das despesas, foram consideradas as despesas empenhadas, tendo em vista o disposto no artigo n. 24 da Lei Complementar n.141/12, que considera para efeito de cálculo dos recursos mínimos, as despesas empenhadas tanto que foram liquidadas e pagas no exercício, como as não liquidadas, e inscritas como Restos a Pagar. Vale esclarecer que o empenho consiste no primeiro estágio da despesa orçamentária, representando o valor do crédito orçamentário ou adicional utilizado para fazer face a compromisso assumido, ou como define o artigo n. 58 da Lei nº 4.320/1964, o “empenho é o ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado obrigação de pagamento pendente ou não de implemento de condição”. Ou seja, consiste na reserva de dotação orçamentária para um determinado fim, podendo ser reforçado quando seu valor for insuficiente para atender à despesa realizada; ou cancelado, caso o valor do empenho exceda o total da despesa realizada (cancelamento parcial), ou quando o objeto do contrato não tiver sido cumprido, ou sua emissão for incorreta (cancelamento total) (BRASIL, 1964, 2012, 2017b, e).
- Quando da análise comparativa dos montantes empenhados por entes, haverá uma sobreposição de valores, uma vez que devido à limitação do SIOPS, que não

demanda a informação da despesa empenhada por fonte, não é possível apartar a parcela da despesa empenhada referente somente à receita de recurso próprio.

- Para a análise por bloco de financiamento previsto pela Portaria n. 204/07, as receitas e despesas declaradas ao SIOPS, que não estavam vinculadas aos seis blocos regulamentados, foram agrupados na categoria “Outros” (Outros Programas Financiados por Transferências Fundo a Fundo, Convênios, Serviços de Saúde, Outras Receitas do SUS), conforme apresentado na Figura 3.
- Dada a divergência supracitada entre as despesas declaradas pela União no relatório de execução por bloco e os dados fornecido pelos demais relatórios do SIOPS, optou-se por utilizar a despesa empenhada total informada no relatório da despesa por subfunção na análise da despesa federal empenhada total.

4 RESULTADOS

Esta tese teve seus resultados organizados em dois artigos. Optou-se pela apresentação dos artigos não pela sua ordem de elaboração, mas sim sob uma abordagem que parte de um olhar mais amplo do objeto de análise, para um olhar mais específico. Assim, primeiro compartilha-se o trabalho intitulado *Financiamento público em saúde no Brasil: um panorama a partir da lógica de blocos de financiamento*, que foi submetido para publicação na Revista de Saúde Pública em outubro de 2018. Na sequência, apresenta-se o artigo intitulado *Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil*, submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva em 05 de junho de 2016 e aprovado e publicado na edição de abril de 2017 (Anexo A).

4.1 Artigo 1

Financiamento público em saúde no Brasil: um panorama à luz dos blocos de financiamento

Public health financing in Brazil: an overview of the financing blocks

RESUMO

A experiência brasileira demonstra que a garantia do direito à saúde não se efetiva apenas com a instituição de um marco legal. Embora postulado na Constituição de 1988, como público, universal e integral, o Sistema Único de Saúde (SUS) padece da insuficiência de recursos desde sua criação, tornando o financiamento aspecto estratégico no debate sobre o direito à saúde. Este trabalho analisa o financiamento público em saúde a partir das despesas e receitas, declaradas pelos entes federados, ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos (SIOPS). Verificou-se a composição das receitas e despesas por ente, o perfil do financiamento conforme configuração regional estabelecida nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), e as

características da alocação de recursos conforme blocos de financiamento estabelecidos pelo “Pacto pela Saúde” (Portaria n.204/07), em 2006. Observou-se ampliação nos valores totais e per capita disponíveis para o SUS em todos os grupos de regiões, aumento da participação da atenção básica, maior investimento nas regiões com menor capacidade de oferta, e crescimento da participação proporcional dos municípios na aplicação de recursos próprios. Também foram evidenciados desafios a serem superados, como a manutenção de desigualdades regionais em saúde, existência de diferentes prioridades assistenciais conforme perfil regional, entre outros. Com a publicação da PT GM/MS n. 3992/17, os critérios para aplicação de recursos foram substituídos. Essas alterações estão sendo acompanhadas por mudanças nas normativas afetas ao modelo assistencial. Em princípio, as novas normas caminham na contramão dos esforços envidados até então, deixando a cabo das instâncias descentralizadas a aplicação dos recursos. A volatilidade do regramento sobre o financiamento público em saúde não tem contribuído para a efetiva implementação do SUS, e os movimentos observados sugerem riscos à estratégia de organização do sistema de saúde orientado pela atenção primária, comprometendo a garantia de uma assistência integral e de qualidade.

ABSTRACT

The guarantee of the right to health is not effective only with the establishment of the legal framework. Although postulated in the Brazilian Constitution of 1988, as public, universal and integral, the Unified Health System (SUS) suffers from insufficient resources since its inception, making financing a strategic aspect of the debate on the right to health. This work analyzes the public health financing from the expenses and revenues declared by the federated entities to the Public Budget Information System (SIOPS). The composition of revenues and expenditures was described, the profile of the financing according to the health regions was delimited, and the characteristics of the allocation of funds according to the financing blocks established by Administrative Rule no. 204/04 were analysed. It was observed an increase in the total and per capita values available for SUS in all groups of regions, in the participation of basic care and in the level of investment in regions with lower supply capacity, and also a higher proportional participation of municipalities in the application of own resources. Challenges to

overcome such as the maintenance of regional inequalities in health, existence of different care priorities according to regional profile, among others, were also highlighted. With the publication of PT GM/MS n.3992/17, the criteria for the application of resources were changed. These changes are being accompanied by changes in the norms affecting the care model. In principle, the new rules go against the efforts made so far, leaving the decentralized bodies to apply the resources. The volatility of the regulation on public health financing has not contributed to the effective implementation of SUS, and the observed movements suggest a risk to the strategy of organization of the health system oriented by primary care, compromising the guarantee of integral and quality assistance.

INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988 (CF/88) consagra o SUS como público, universal e fundado na cooperação entre entes. Contudo, a instabilidade e a insuficiência de recursos impostas ao sistema dificultaram sua consolidação¹. Como entraves destacam-se a inobservância da destinação de 30% do Orçamento da Seguridade Social previsto no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, a retirada da contribuição sobre a folha de salários da base de cálculo para o orçamento da saúde, a desvinculação das receitas da União, repasse aquém do esperado de recursos provenientes da extinta Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras, e, ausência de aumento substantivo do gasto federal a partir da Emenda Constitucional (EC) n.29/00^{2,3,4}.

Tem-se, ainda, o descaso com o Projeto de Lei de Iniciativa Popular n.321/13 (Saúde +10), confrontado pela aprovação a EC n.86/15, que reduziu a contrapartida federal, inviabilizou novos aportes provenientes do Pré-Sal e destinou parte do orçamento do Ministério da Saúde para emendas parlamentares. O setor saúde, ao arrepio da Constituição, foi aberto para os interesses do capital internacional e a EC n.95/16 limitou os gastos federais por 20 anos^{5,6}. Não obstante o desfinanciamento, sucessivas alterações normativas tornam complexa a configuração do financiamento público do setor, tanto em relação às fontes, quanto aos critérios de alocação e transferências de recursos entre entes.

Este trabalho analisa o financiamento público em saúde a partir das despesas e receitas declaradas pelos entes federados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos (SIOPS)⁷. Verificou-se a composição das receitas e despesas por ente, o perfil do financiamento conforme configuração regional estabelecida nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), e, as características da alocação de recursos conforme blocos de financiamento estabelecidos pela Portaria GM/MS (PT) n.204/078.

Esse último aspecto versa sobre uma mudança normativa recente: a revisão da Portaria n.204/078⁸, que organiza as transferências federais em seis blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial-MAC, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Gestão do SUS e Investimentos), pela Portaria n.3992/17, que estabelece apenas dois blocos (custeio e capital)⁹. Alteração relevante, dada a importância dos recursos federais para a sustentabilidade do SUS.

MÉTODOS

Estudo analítico descritivo desenvolvido a partir dos dados de execução por bloco de financiamento informados pelos entes federados ao SIOPS⁷, sistema informatizado de acesso público e alimentação obrigatória, cujo preenchimento influencia os mecanismos de transferências da União aos demais entes¹⁰. As receitas estaduais e municipais são disponibilizadas por fonte (federal, municipal, outros estados, recursos próprios, receitas totais), por bloco e componentes. As despesas, por fase de execução (dotação, empenho, liquidação e pagamento), por bloco e componentes. Para os estados estavam disponíveis dados de 2008 a 2015 e para os municípios de 2007 a 2015. Para a União, são disponibilizados dados da despesa por fase de execução, por bloco sem distinção por componente, para 2012 a 2015. Não são informadas receitas nem valores executados pela União fora do âmbito dos blocos. Para análise global do financiamento, considerou-se os dados do relatório de despesa por subfunção, sendo a dotação atualizada utilizada como proxy da receita.

Os dados foram corrigidos para dezembro de 2016 conforme Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo-IPCA¹¹. Foram incluídos dados de população residente¹² e categorização segundo tipologia nacional das regiões de saúde com base nas CIR¹³. Essas regiões são classificadas em cinco grupos conforme características socioeconômicas e de oferta, e a complexidade dos serviços de saúde realizados,

apresentando lógica escalar: Grupo 1 caracterizado pelo baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços e Grupo 5 pelo alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços¹⁴.

A análise das receitas por ente e por bloco considerou os recursos próprios evitando sobreposição de informações. Para análise da receita por região foi considerada a receita total declarada pelos municípios, visto que esse recorte foi feito com base nos municípios de adscrição. A análise da despesa considerou os valores empenhados por ente e por bloco, conforme previsto na LC n.141/12¹⁰. Na análise comparativa da despesa empenhada por estados e municípios há sobreposição de valores, pois o SIOPS não distingue despesa por fonte. Para análise por bloco, os dados declarados não vinculadas aos seis blocos foram agrupados na categoria “Outros”.

RESULTADOS

A evolução do financiamento público em saúde foi verificada a partir das despesas empenhadas e receitas próprias declaradas (Tabela 1). De 2009 a 2015, houve aumento da receita própria de 83,4%, totalizando R\$1.644.968.009.794,57 disponíveis para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde (ASPS). O aumento observado não foi linear entre entes. A União apresentou de 2012 a 2015 variação de 8,9%. Entre 2009 e 2015, os dados estaduais revelaram variação de -5,4% e os municipais indicaram crescimento de 6,8%.

A despesa empenhada dos três entes somou R\$2.105.021.351.131,05, valor superior à receita, reflexo de limitações de registro do SIOPS. Entre 2008 e 2015, a variação da despesa foi de 107,1%. A União apresentou variação de 10,4% entre 2012 e 2015. O valor per capita cresceu 4,7% refletindo o impacto do crescimento populacional de 5,4% no período. Nesses anos, a despesa estadual variou 27% e a municipal 45,5%. Diferente dos estados e da União, os dados não foram informados pela totalidade de municípios, subestimando sua participação proporcional na comparação entre entes.

Tabela 1 - Receitas próprias, despesas empenhadas declaradas por ente e participação proporcional no financiamento público em saúde- Brasil - 2007 - 2015

Tipo	Ano	União			Estados			Municípios			Total (R\$milhões)
		R\$ (milhões)	Per capita (R\$) (a)	%	R\$ (milhões)	Per capita (R\$) (a)	%	R\$ (milhões)	Per capita (R\$) (a)	%	
Receita de recursos próprios (b)	2009	-	-	-	79.927,21	417,36	51	75.396,71	393,7	49	155.323,92
	2010	-	-	-	117.609,19	616,62	66	61.759,59	323,8	34	179.368,78
	2011	-	-	-	102.875,86	534,76	59	70.946,48	368,78	41	173.822,34
	2012	118.185,68	609,28	39	110.194,31	568,08	36	74.646,36	384,82	25	303.026,35
	2013	125.804,96	625,70	46	64.569,83	321,14	24	80.386,87	399,81	30	270.761,66
	2014	127.486,60	628,63	46	66.629,56	328,55	24	83.635,70	412,41	30	277.751,85
	2015	128.758,37	629,68	45	75.607,34 (d)	369,75	27	80.547,40	393,91	28	284.913,11
	Total	500.235,61			617.413,29			527.319,11			1.644.968,01
Despesa Empenhada (c)	2007	-	-	-	-	-	-	10.883,69	59,15	100	10.883,69
	2008	-	-	-	74.199,35	391,32	44	93.755,14	494,46	56	167.954,49
	2009	-	-	-	79.105,03	413,07	44	100.153,33	522,98	56	179.258,36
	2010	-	-	-	83.766,98	439,19	44	108.475,20	568,73	56	192.242,18
	2011	-	-	-	83.084,21	431,88	42	117.079,02	608,58	58	200.163,23
	2012	106.137,91	547,17	34	84.594,68	436,11	27	125.848,21	648,78	40	316.580,80
	2013	116.034,50	577,11	35	83.761,25	416,59	25	133.067,48	661,82	40	332.863,23
	2014	119.814,87	590,8	34	93.364,45	460,38	26	144.094,52	710,53	40	357.273,84
2015	117.152,63	572,92	34	94.259,05	460,96	27	136.389,85	667	39	347.801,53	
Total	459.139,91			676.135,01			969.746,43			2.105.021,35	

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelo SIOPS em 26/01/18. Dados corrigidos conforme IPCA para dezembro/2016.

Notas: (a) Per capita calculado com base na população total do país (b) Para União considera-se a dotação atualizada do relatório de despesa por subfunção do SIOPS e para estados e municípios valores de recursos próprios declarados no relatório de execução por bloco de financiamento (c) Para União considera-se a despesa empenhada do relatório de despesa por subfunção do SIOPS, para estados e municípios há sobreposição dos valores pertinentes às transferências constitucionais (d) Devido à possível viés de preenchimento nos dados declarados pelo estado do Pará no relatório de execução por bloco de financiamento, foi imputado para o ano de 2015 o valor declarado em 2014 para o Bloco MAC (R\$643.110.938,53)

A Tabela 2 apresenta as receitas de recursos próprios e despesas empenhadas por bloco. Nota-se queda na proporção da receita declarada na categoria “Outros”, que passou a compor majoritariamente o Bloco MAC, cuja participação evoluiu de 11,2% em 2009 para 39,8% em 2015. A Atenção Básica é o segundo bloco em alocação de recursos próprios (15%). Em valores absolutos, o recurso deste bloco mais que dobrou. Os demais blocos somados representaram 9,4% no período.

Sobre as despesas, houve queda na participação da categoria “Outros”. O Bloco MAC apresentou entre 2009 e 2015 aumento na participação proporcional de 65,5%, representando 36,2% do total empenhado. A Atenção Básica teve sua participação relativa praticamente estável, e a participação dos demais blocos pouco se alterou, ficando em 11,2% no período.

Evidenciam-se diferentes prioridades estabelecidas por ente a partir das receitas próprias disponibilizadas. A União priorizou o Bloco MAC (64%), a Atenção Básica (22,5%) e a Assistência Farmacêutica (6,6%). O Bloco de Gestão teve a menor participação (0,9%). Os estados declararam receita própria majoritariamente na categoria “Outros” (69,8%), embora os valores absolutos evidenciem queda na alocação nessa categoria. O Bloco MAC é prioridade (18,8%), seguido do Bloco de Gestão (6,4%). A participação da Atenção Básica restringiu-se a 2,4% dos recursos estaduais aplicados. As receitas municipais tiveram maior participação na categoria “Outros” (52,9%), seguida pela Atenção Básica (25,5%), e pelo Bloco MAC (13,9%). O Bloco de Investimentos destaca-se como esforço majoritariamente federal (2,5%), os estados investem apenas 0,3% das receitas declaradas e os municípios 0,7%.

Tabela 2 - Receitas próprias e despesas empenhadas declaradas por bloco de financiamento e participação proporcional por ente - Brasil - 2007 - 2015

Tipo	Ano	Bloco de financiamento													
		Atenção Básica		Assistência Farmacêutica		Gestão do SUS		Investimentos		MAC		Vigilância em Saúde		Outros	
		(R\$ milhões)	%	(R\$ milhões)	%	(R\$ milhões)	%	(R\$ milhões)	%	(R\$ milhões)	%	(R\$ milhões)	%	(R\$ milhões)	%
Receita de recurso próprio	2009	15.953,11	10,3	1.248,20	0,8	5.803,33	3,7	626,7	0,4	17.320,84	11,2	1.081,22	0,7	113.290,53	72,9
	2010	21.947,05	12,2	1.736,86	1	11.397,11	6,4	675,12	0,4	17.721,93	9,9	1.120,56	0,6	124.770,16	69,6
	2011	21.813,07	12,5	1.797,91	1	10.265,74	5,9	695,44	0,4	18.657,97	10,7	1.163,78	0,7	119.428,43	68,7
	2012	39.478,42	15,3	6.418,74	2,5	9.445,61	3,7	2.993,94	1,2	70.498,51	27,4	3.574,73	1,4	125.217,18	48,6
	2013	39.699,09	18,2	6.470,81	3	11.136,07	5,1	3.691,06	1,7	67.882,52	31,2	4.257,29	2	84.556,31	38,8
	2014	38.764,76	17,3	9.003,48	4	9.902,19	4,4	2.842,81	1,3	89.405,25	39,8	4.015,82	1,8	70.673,29	31,5
	2015	37.704,99	16,5	9.122,64	4	9.201,35	4	1.546,43	0,7	95.230,70	41,7	3.785,56	1,7	71.855,86	31,5
	Total	215.360,49	15	35.798,65	2,5	67.151,40	4,7	13.071,51	0,9	376.717,72	26,2	18.998,95	1,3	709.791,75	49,4
	União	65.860,31	30,6	19.206,42	53,7	2.688,73	4,0	7.436,48	56,9	186.953,62	49,6	10.012,50	52,7	-	-
	Est.	14.785,49	6,9	11.859,62	33,1	39.239,85	58,4	2.098,07	16,1	116.203,99	30,8	2.435,32	12,8	430.790,94	60,7
Mun.	134.714,69	62,6	4.732,60	13,2	25.222,82	37,6	3.536,95	27,1	73.560,10	19,5	6.551,13	34,5	279.000,81	39,3	
Despesa Empenhada	2007	4.534,55	41,7	200,65	1,8	586,64	5,4	-	-	4.048,21	37,2	349,33	3,2	1.164,30	10,7
	2008	28.047,50	16,7	5.325,92	3,2	11.075,01	6,6	-	-	44.231,49	26,3	2.466,73	1,5	76.807,83	45,7
	2009	31.329,69	17,5	6.136,96	3,4	10.516,72	5,9	722,77	0,4	48.436,66	27	2.849,79	1,6	79.265,78	44,2
	2010	35.262,52	18,3	5.567,64	2,9	13.209,34	6,9	1.061,72	0,6	53.677,26	27,9	3.199,81	1,7	80.263,89	41,8
	2011	37.640,38	18,8	5.139,24	2,6	11.361,58	5,7	1.583,34	0,8	56.768,58	28,4	2.968,49	1,5	84.701,62	42,3
	2012	56.242,84	19,9	9.675,99	3,4	10.832,81	3,8	3.951,25	1,4	111.201,24	39,4	5.509,95	2	85.088,57	30,1
	2013	56.812,56	19,7	9.232,52	3,2	13.281,45	4,6	4.896,93	1,7	111.451,07	38,6	6.165,21	2,1	86.758,50	30,1
	2014	60.388,78	19,4	11.441,51	3,7	12.107,72	3,9	5.637,65	1,8	135.237,14	43,5	6.789,28	2,2	79.201,98	25,5
	2015	54.570,72	18	12.022,73	4	11.684,70	3,9	3.025,80	1	135.455,56	44,7	6.133,09	2	79.948,63	26,4
	Total	364.829,53	18,9	64.743,16	3,3	94.655,98	4,9	20.879,47	1,1	700.507,21	36,2	36.431,68	1,9	653.201,10	33,8
União	65.693,21	18,0	18.651,41	28,8	2.499,95	2,6	6.238,71	29,9	186.422,29	26,6	9.861,12	27,1	-	-	
Est.	23.051,61	6,3	30.974,42	47,8	47.759,87	50,5	5.489,23	26,3	246.803,22	35,2	7.324,06	20,1	314.732,59	48,2	
Mun.	276.084,71	75,7	15.117,33	23,3	44.396,15	46,9	9.151,53	43,8	267.281,70	38,2	19.246,50	52,8	338.468,51	51,8	

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelo SIOPS em 26/01/18. Dados corrigidos conforme IPCA para dezembro/2016.

O perfil do financiamento das políticas de saúde conforme configuração regional é retratado a partir das receitas totais e das despesas empenhadas declaradas pelos municípios de abrangência (Tabela 3). O Grupo 5 (alto desenvolvimento socioeconômico e oferta de serviços) concentrou 48,5% da receita total no período. Com abrangência de cerca de 14% das regiões de saúde e 41% da população do país, esse grupo deteve o maior per capita (média de R\$716,44/habitante) e apresentou o menor percentual de empenho das receitas disponíveis (85,8%) quando comparado aos demais grupos.

A maior execução da despesa foi realizada pelo Grupo 2 (97,7%), que agrega regiões com médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços. Apesar da menor receita acumulada no período (4,7%), por abranger pouco mais de 5,5% da população, o Grupo 2 apresentou per capita maior do que o Grupo 1. Este, por sua vez, abrange o maior percentual de regiões (40%) e municípios (38,6%), compreendendo cerca de 22,5% da população nacional. Assim, embora tenha concentrado a terceira maior receita declarada no período, o Grupo 1 apresentou os menores valores disponíveis por habitante e empenho de 95,9% das receitas.

O Grupo 4 compreende as regiões com alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços, abrangendo cerca de 6% das regiões de saúde e 10% da população. Tanto em relação às despesas, quanto às receitas, figura em segundo lugar em recursos disponíveis/empenhados por habitante. O Grupo 3, que abrange as regiões com médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços, abarcando quase 30% das regiões e 20% da população brasileira, apresentou empenho de 96,4% da receita declarada e o terceiro maior per capita na série.

Tabela 3 - Receita total e despesa empenhada, valores totais e per capita, por região de saúde - Brasil - 2007 - 2015

Tipo	Ano	Região									
		1		2		3		4		5	
		Total (R\$ milhões)	Per capita (R\$)	Total (R\$ milhões)	Per capita (R\$)	Total (R\$ milhões)	Per capita (R\$)	Total (R\$ milhões)	Per capita (R\$)	Total (R\$ milhões)	Per capita (R\$)
Receita Total	2007	7.193,41	172,83	1.777,60	179	6.872,43	183,2	3.927,56	208,14	17.114,18	224,95
	2008	15.317,24	356,08	4.257,47	412,95	18.219,66	469,44	9.270,89	473,88	62.812,65	806,23
	2009	17.020,84	392,18	4.949,69	474,28	20.022,96	511,61	11.391,69	574,21	74.992,81	953,01
	2010	18.321,74	423,82	5.364,78	501,52	21.979,31	564,96	16.564,72	835,69	49.537,10	634,47
	2011	20.851,29	478,82	6.095,49	562,84	25.255,62	644,62	13.599,96	677,72	57.572,62	731,05
	2012	21.782,48	496,31	6.493,67	592,69	27.117,93	687,43	14.509,19	714,79	61.175,42	770,65
	2013	23.468,31	517,62	6.788,43	596,69	29.024,42	708,47	16.614,86	788,17	63.251,19	768,58
	2014	24.317,20	532,7	7.353,78	638,55	31.299,35	758,27	16.312,64	764,39	66.278,48	798,41
	2015	22.772,49	495,61	7.036,80	603,9	29.198,64	702,32	16.766,52	776,45	63.672,12	760,63
	Total	171.045,00	-	50.117,71	-	208.990,33	-	118.958,03	-	516.406,57	-
Despesa Empenhada	2007	1.657,37	39,82	618,61	62,29	2.068,38	55,14	1.316,69	69,78	5.222,65	68,65
	2008	16.526,13	384,19	4.754,32	461,14	19.196,35	494,61	10.684,79	546,16	42.593,55	546,71
	2009	17.387,44	400,63	5.055,34	484,4	20.482,33	523,35	11.425,29	575,9	45.802,92	582,06
	2010	18.692,97	432,41	5.509,69	515,07	22.403,48	575,86	12.533,24	632,3	49.335,82	631,89
	2011	19.950,71	458,14	5.866,95	541,74	24.188,58	617,38	13.414,51	668,48	53.658,27	681,35
	2012	20.548,14	468,18	6.259,04	571,28	26.555,84	673,19	14.408,78	709,84	58.076,42	731,61
	2013	22.280,41	491,42	6.615,18	581,47	27.504,39	671,37	15.424,89	731,72	61.242,61	744,17
	2014	24.498,04	536,66	7.332,50	636,7	30.375,16	735,88	16.779,43	786,26	65.109,40	784,32
2015	22.490,34	489,47	6.967,73	597,97	28.698,81	690,29	16.031,82	742,42	62.201,14	743,05	
Total	164.031,55	-	48.979,35	-	201.473,32	-	112.019,44	-	443.242,77	-	

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelo SIOPS em 26/01/18 e pelos dados do banco de indicadores regionais. Dados corrigidos conforme IPCA para dezembro/2016.

A Figura 1 apresenta as receitas totais por bloco de financiamento, conforme grupos de regiões de saúde. Os Grupos 1 e 2 apresentaram o maior percentual de aplicação das receitas em Atenção Básica e menor proporção no Bloco MAC, reflexo da baixa capacidade de oferta característica dessas regiões. O Grupo 3, dada a sua média capacidade de oferta, sugere transição para modelo com maior participação do Bloco MAC em detrimento da aplicação em Atenção Básica. O Grupo 4, segue essa tendência, com a predominância de alocação no MAC e queda da participação proporcional da Atenção Básica. A alocação de recursos no Grupo 5 reforça a hipótese da força da oferta de serviços como indutora do padrão de financiamento.

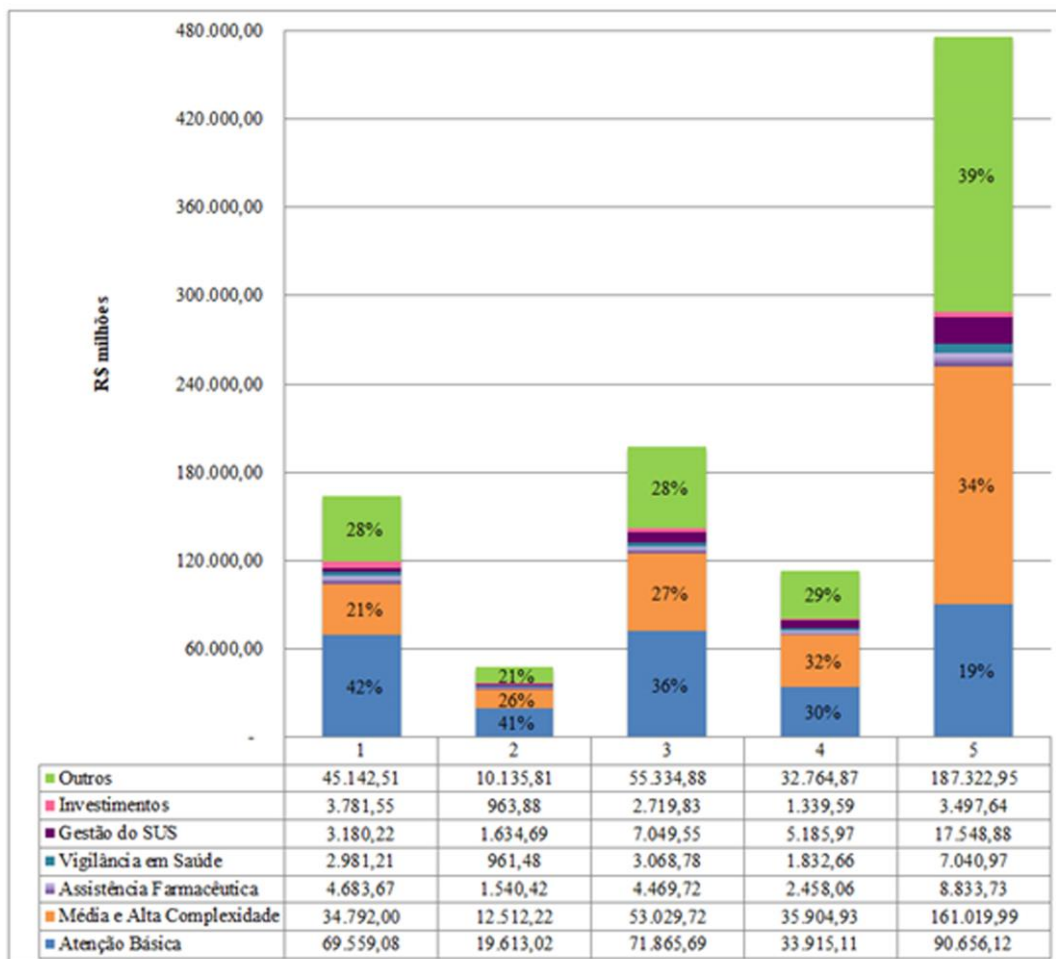


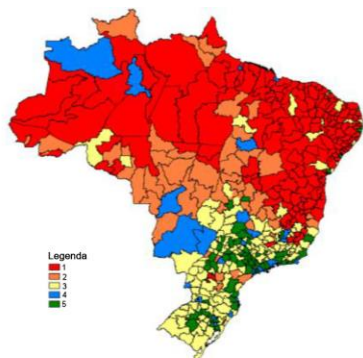
Figura 1 – Receitas totais por bloco de financiamento conforme grupo de região de saúde – Brasil – 2007 - 2015

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelo SIOPS. Dados corrigidos conforme IPCA para dezembro/2016.

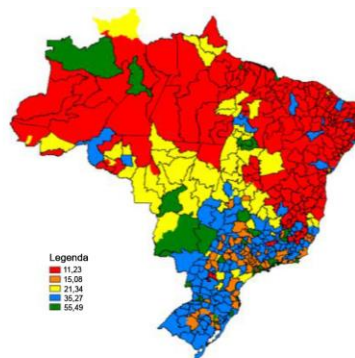
A Figura 2 retrata a variação do per capita da despesa empenhada por bloco por grupo de região entre 2007 e 2015, exceto para o Bloco de Investimentos, cujo período é 2009 a 2015. A Figura 2a apresenta o arranjo das regiões conforme a classificação nos cinco grupos, de forma que a legenda em gradiente de cores varia entre o vermelho, que sinaliza as condições socioeconômicas e a capacidade de oferta mais baixas, e o verde, com as melhores condições. As figuras seguintes seguem mesma lógica de cores para a variação de recursos por habitante no período.

A Figura 2b representa a variação no Bloco de Atenção Básica. O Grupo 4 apresentou o maior incremento de despesa no período (de R\$137,95 em 2007 a R\$193,45 por habitante/ano em 2015) e o Grupo 5 os menores valores per capita em toda a série. No Bloco MAC (Figura 2c), o Grupo 5 apresentou maior per capita em 2007 perdendo a liderança para o Grupo 4 em 2015. O Grupo 1 apresentou os piores per capita na série.

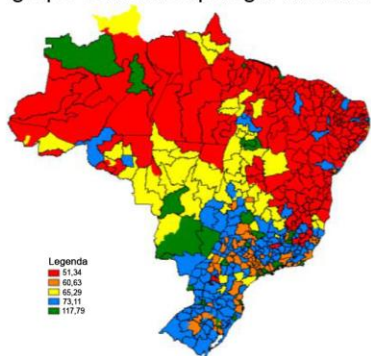
Os Blocos de Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde (Figura 2d e 2f) destacam-se pela pequena diferença de variação observada entre os grupos, reflexo do pequeno aumento, em termos absolutos. O Grupo 4 apresentou maior variação da despesa no Bloco de Gestão (Figura 2e), enquanto os Grupos 2 e 5 tiveram variação negativa. No Bloco de Investimentos (Figura 2g), os grupos 4 e 1 apresentaram maior variação. O maior valor absoluto per capita foi observado no Grupo 2 e o menor no Grupo 5. A categoria “Outros” (Figura 2h) contemplou a maior variação per capita, marcada pelo o Grupo 4 com variação negativa (-R\$51,39), e o Grupo 5 no outro extremo (R\$333,41/habitante em 2015).



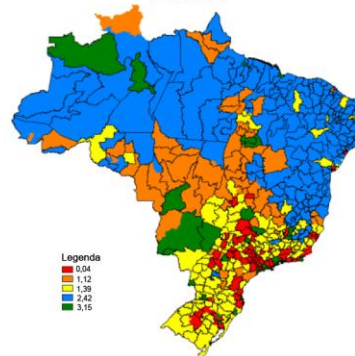
a) Regiões de Saúde de acordo com a classificação por grupo conforme tipologia nacional



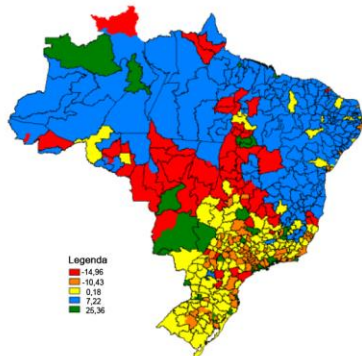
b) Variação da despesa empenhada do Bloco de Atenção Básica



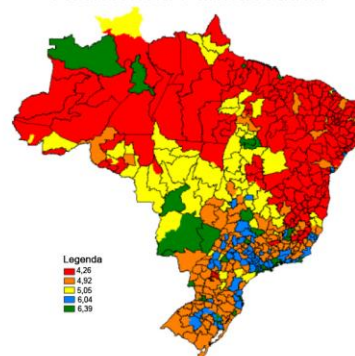
c) Variação da despesa empenhada do Bloco de MAC



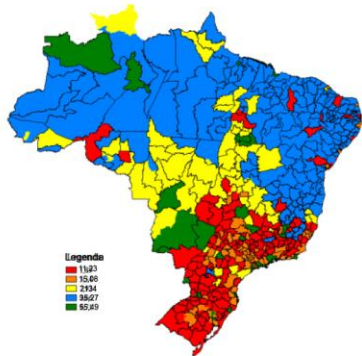
d) Variação da despesa empenhada do Bloco de Assistência Farmacêutica



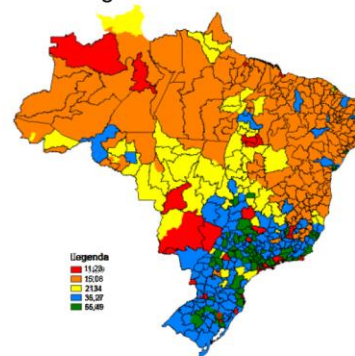
e) Variação da despesa empenhada do Bloco de Gestão



f) Variação da despesa empenhada do Bloco de Vigilância em Saúde



g) Variação da despesa empenhada do Bloco de Investimentos



h) Variação da despesa empenhada da categoria "Outros

Figura 2 – Variação do per capita da despesa empenhada por bloco de financiamento por grupo de região, em reais – Brasil – 2007-2015

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo SIOPS em 26/01/18 e pelo banco de indicadores regionais

DISCUSSÃO

A abordagem do financiamento público em saúde, a partir das receitas e despesas declaradas ao SIOPS, deu-se em função da arquitetura do sistema para a consulta sobre a execução por blocos de financiamento. Opção relevante, visto que com a unificação dos recursos destinados ao custeio de ASPS, conforme PT n.3992/17, análises desagregadas tornar-se-ão mais difíceis via sistemas de informação oficiais¹⁵. O enfoque na aplicação de recursos das três esferas de governo e a abordagem segundo arranjo regional estabelecido no SUS buscam superar lacunas de estudos disponíveis na literatura^{2,3,16}.

Características do financiamento entre entes federativos no âmbito do SUS

A despeito do processo de descentralização tributária estabelecido pela CF/88, com ampliação da competência de arrecadação das esferas subnacionais e o aumento do nível das transferências federais, a configuração do gasto público em saúde no país permaneceu marcada pela centralização na esfera federal, até meados da década de 1990³. A aprovação da EC n. 29/00 trouxe mudanças importantes ao assegurar a participação dos três níveis de governo no financiamento das ASPS a partir da definição de um aporte anual mínimo de recursos. Mais do que impacto sobre o volume de recursos alocados, tal emenda teve reflexos diferenciados para cada ente, sendo mais bem-sucedida em relação ao princípio da descentralização, promovendo maior participação dos estados, e principalmente, dos municípios no financiamento do SUS^{2,3,16}.

De 2012 a 2015, observa-se que a participação média dos municípios foi de 28,3% das receitas disponibilizadas para o SUS, enquanto os estados contribuíram com 27,7% e a União com 44%. A análise do comportamento ano a ano, sugere que recaí sobre o ente municipal o ônus de desaceleração da aplicação de recursos das demais esferas. Em 2013, o crescimento de 8% dos recursos próprios municipais aplicados em relação ao ano anterior, reforça a hipótese de compensação frente à queda dos recursos aplicados, em termos reais e nominais, por parte dos Estados.

Sobre a participação federal destaca-se o impacto das mudanças do arcabouço normativo. Ao determinar para as unidades subnacionais a vinculação da aplicação a um percentual mínimo das receitas próprias e, para a União a correção pela variação nominal do PIB, a EC n.29/00 implicou no aumento da participação estadual e municipal

e estagnação do gasto federal em relação ao PIB¹⁷. Com a EC n.86/15, a aplicação mínima da União foi vinculada a um percentual da Receita Corrente Líquida, de maneira escalonada e abaixo do patamar pleiteado pelo movimento denominado Saúde +10, retirando, ainda, o dispositivo de proteção previsto pela EC n.29/00, que impedia a redução do valor empenhado em relação ao exercício anterior^{6,17}. A EC n. 95/16 instituiu um Novo Regime Fiscal para o país, promovendo a desvinculação das despesas com saúde com relação às receitas, congelando os gastos federais por 20 anos. Com isso, observa-se reversão da trajetória de crescimento real do gasto público em saúde, agravando a situação de subfinanciamento do sistema^{6,17}.

Constata-se, portanto, a relação sinérgica entre o arranjo federalista brasileiro (e suas características específicas ao SUS) e a configuração do modelo de financiamento do sistema de saúde. É importante acompanhar os desdobramentos dessa relação ao longo do tempo, visto que com a PT n.204/07, o governo federal ditava as prioridades da política nacional de saúde, fomentando-as por meio de repasses vinculados aos blocos de financiamento. Com a publicação da PT n.3992/17 o Ministério da Saúde se isenta desse papel coordenador, deixando a cargo dos gestores locais a alocação de recursos.

Alocação de recursos conforme os blocos de financiamento estabelecidos pela Portaria GM/MS n. 204/07

A PT n.204/07 regulamentou a transferência dos recursos federais na forma de seis blocos de financiamento. A Tabela 2 buscou traçar uma genealogia da designação dos recursos no âmbito desse regramento, de forma a verificar as prioridades sanitárias estabelecidas na política de saúde pelos diferentes entes.

Os resultados sugerem que a alocação restrita à lógica dos blocos de financiamento, per si, não é capaz de captar as nuances das diversas realidades locossanitárias, visto a alocação majoritária dos entes subnacionais na categoria “Outros”. Contudo, dado que as receitas provenientes de transferências federais devem manter o lastro (sendo registradas e executadas conforme o bloco de repasse), a redução da categoria “Outros” reforça a hipótese de um esforço de adequação da alocação/declaração das receitas e despesas estaduais e municipais à Portaria GM/MS n. 204/07.

O predomínio das receitas (26,2%) e das despesas (36,2%) no Bloco MAC, evidencia outra característica da alocação de recursos: a dificuldade de ruptura com o modelo

assistencial hospitalocêntrico, historicamente consolidado e dependente de uma malha de provedores privados¹⁸. Destaca-se também a ampliação da participação da Atenção Básica, passando de 10,3% das receitas disponíveis em 2009 para 16,5% em 2015. Essa ampliação decorreu da maior responsabilização dos municípios com esse nível de atenção à saúde. As receitas municipais destinadas a esse bloco ampliaram em 36,7% entre 2009 e 2015, e as receitas estaduais 18,2%, embora representem apenas 2,4% dos recursos aportados por este ente. Já para a União, apesar de evidenciarem, em valores nominais, um aumento de 14,5% da aplicação nesse bloco em valores reais, revelam queda de 8,2%.

Sobre os efeitos da publicação da PT GM/MS n. 3992/17, deve-se esclarecer que essa normativa consiste em uma regra de transição, que versa essencialmente sobre a forma de repasse entre contas bancárias, não alterando as metodologias de distribuição de recursos, nem o montante alocado entre os entes^{9,19}. Essa portaria, tampouco rompe, de imediato, com a vinculação do gasto no âmbito dos blocos de custeio e investimento, uma vez que o Orçamento Geral da União(OGU) em 2018, ainda atrela os repasses federais às funcionais programáticas definidas na Portaria SPO/MS n. 1/2018. Dessa forma, tal como editada, a PT n.3992/17 não aborda aspectos fundamentais para o bom funcionamento do sistema, tais como mudanças estruturais em processos como o planejamento integrado, programação, monitoramento, avaliação e a gestão dos fundos de saúde, como pleiteado pelo movimento SUS Legal que propôs a revisão da PT n.204/07^{15,20}.

Se a previsão de vinculação das transferências da União estritamente aos dois blocos estabelecidos pela PT GM/MS n. 3992/17 se operacionalizar no OGU de 2019, a hipótese aventada sobre a redução do papel indutor da esfera federal se agrava, ampliando-se a direcionalidade da política nacional de saúde para entes subnacionais. Se, por um lado, supostamente, isso corresponderia aos pleitos de adequação às necessidades locorregionais, por outro, suscita riscos do ponto de vista da interdependência entre entes, inerente à configuração federativa do SUS. Vale lembrar que, apesar da diminuição de participação da União no financiamento do sistema de saúde, a utilização da normatização de critérios de repasses de recursos federais sempre foi uma estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para a indução de políticas e programas de saúde.

A completa ruptura desse pacto, com ausência de diretrizes comuns no território nacional, pode exacerbar problemas inerentes a um modelo federalista marcado pelo predomínio de competências concorrentes, como sobreposição de ações e agravamento das desigualdades de investimento regionais em saúde^{21,22}. A PT n.3992/17 não atinge o cerne do problema, historicamente vinculado à insuficiência de recursos públicos e à ausência de articulação entre os entes para a alocação de recursos em saúde, conforme um planejamento regional. É preciso que a flexibilização dos repasses esteja vinculada à revisão dos critérios de rateio de recursos federais e do maior aporte de recursos, sob o risco de que a liberdade para utilizar os recursos SUS restrinja seu uso às demandas de curto prazo^{23,24}.

Perfil do financiamento regional da política de saúde

A análise das receitas per capita por região sugere manutenção das desigualdades em saúde. Entre 2008 e 2015, a receita per capita do Grupo 5, foi, em média, 64,3% superior à do Grupo 1. Observa-se que quanto pior a situação socioeconômica e capacidade de oferta, maior o percentual de execução do recurso disponível, o que reforça a necessidade de revisão dos critérios de alocação, historicamente atrelado ao potencial da oferta instalada¹⁶.

Constata-se padrão de distribuição de recursos e de prioridade de alocação por bloco distinto entre os grupos de regiões, em especial entre aqueles que representam os extremos (grupos 1 e 5), reforçando a hipótese sobre a relação sinérgica entre o financiamento e modelo assistencial, sugerindo que a configuração do financiamento do SUS nos moldes atuais não é capaz de induzir um modelo assistencial único no país, havendo clara segmentação na organização da atenção conforme características socioeconômicas e de oferta das regiões de saúde.

O baixo percentual de empenho das receitas pelo Grupo 5 no Bloco MAC, e o alto percentual de execução pelo Grupo 4, no qual se identifica um potencial de expansão da capacidade de oferta, sugere um esgotamento do padrão de alocação de recursos, predominantemente financiado por remuneração da produção. A revisão dos critérios de alocação nesse bloco deveria remunerar o esforço de expansão nas regiões que ainda não alcançaram patamar de oferta necessária, acompanhada nos grupos 1 e 2, por aportes de

investimentos em uma rede pública de forma que a expansão da oferta não fique refém de prestadores privados.

O panorama retratado confirma a necessidade de fortalecimento da política de regionalização e sua importância estratégica como locus de planejamento e alocação de recursos. A política de regionalização deve ganhar maior centralidade na agenda das três esferas de governo, sendo acompanhada por um reposicionamento do investimento público em saúde, capaz de reverter a desigualdade territorial²⁵. A PT n.3992/17 caminha na contramão desse objetivo, deixando a cabo das instâncias descentralizadas a aplicação dos recursos. A nova regra desequilibra a relação sistêmica, federativa e em rede do SUS, já frágil e precária, transferindo a disputa por recursos ao nível municipal, com consequente desresponsabilização do governo federal.

Conclui-se, destacando os avanços observados no campo do financiamento público em saúde, com a ampliação dos valores totais e per capita disponíveis para o SUS em todos os grupos de regiões, o aumento da participação da atenção básica, maior alocação de recursos de investimento nas regiões com menores capacidades de oferta, entre outros. Ressaltam-se também desafios a serem superados. A volatilidade do regramento sobre o financiamento público em saúde não contribui para a efetiva implementação do SUS. Ademais, as mudanças no âmbito do financiamento podem induzir alterações normativas pertinentes ao modelo assistencial (ex. revisão das políticas de atenção básica e de saúde mental), sugerindo riscos para a estratégia de organização do sistema de saúde orientado pela atenção primária, comprometendo a garantia de uma assistência integral e de qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Campos GWS. Algumas hipóteses desesperadas e uma utopia concreta: o SUS Brasil. In: Rizzoto MLF, Costa AM, editors. 25 anos do direito universal à saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2014. p. 44–58.
2. Servo LMS, Piola SF, Paiva AB de, Ribeiro JA. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: Piola SF, Melamed C, editors. Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ipea; 2011. p. 85–108.

3. Ugá MAD, Porto SM, Piola SF. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L de VC, Noronha JC de, Carvalho AI de, editors. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 395–426.
4. Piola SF, Paiva AB de, Sá EB de, Servo LMS. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Ipea; 2013 [citado 2018 Jan 27]. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/03/financiamento-publico-da-saude-uma-historia-a-procura-de-rumo.pdf>
5. Mendes Á, Funcia FR. O SUS e seu financiamento. In: Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. 1 ed. Rio de Janeiro: ABRES; MS; OPAS/OMS; 2016. p. 139–68.
6. Vieira FS, Sá e Benevides RP de. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. In: Nota Técnica n 28. Brasília: Ipea; 2016 [citado 2018 Abr 15]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS. 2018 [citado 2018 Feb 28]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>
8. Brasil. Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União Jan 29, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html
9. Brasil. Portaria GM/MS n. 3992, 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 dez, 2017. Disponível em: <http://www.conass.org.br/conass-informa-n-281-publicada-portaria-gm->

n-3992-que-altera-portaria-de-consolidacao-no-6gmms-de-28-de-setembro-de-2017-para-dispor-sobre-o-financiamento-e-transferencia-dos-recursos-fe/

10. Brasil. Lei Complementar n. 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 3 (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. Jan 13, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm

11. Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipeadata. 2018 [citado 2018 Jan 5]. Disponível em: <http://www.ipeadata.gov.br/Default.aspx>

12. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde (TABNET) 2018 [cited 2018 Mar 5]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&id=6943&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popt>

13. Região e Redes. Banco de indicadores regionais e tipologias. 2016 [citado 2018 Mar 6]. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/indicadores/view/>

14. Região e Redes. Relatório Metodológico da Tipologia das CIR's. 2016 [citado 2018 Mar 26]. Disponível em: http://www.resbr.net.br/indicadores/view/pdf/relatorio_tipologia_versaofev2016.pdf

15. Sá e Benevides RP. As transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde em 2016. In: Nota Técnica. Brasília: Ipea; jan. 2018. 20 p. [citado 2018 Jul 1]. p. 13. Disponível em: http://ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32186:nota-tecnica-2018-janeiro-numero-46disoc&catid=192:disoc&directory=

16. Barros MED, Piola SF. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. 1st ed. Rio de Janeiro: ABRES; MS; OPAS/OMS; 2016. p. 101–38.

17. Campelli MGR, Calvo MCM. O cumprimento da Emenda Constitucional no. 29 no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007 Jul;23(7):1613–1623.
18. Andrade EIG, Filho PP de SD. Padrões de financiamento da saúde do trabalhador: do seguro social ao seguro saúde. In: Lobato L de VC, Fleury SM, editors. *Seguridade Social, Cidadania e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 160–72.
19. Funcia FR. Domingueira da Saúde. Mudança do critério de transferência financeira fundo a fundo a partir de 2018. IDISA; 2018 [citado 2018 Jan 17]. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/2018-domingueira-da-saude-02%7C2018>
20. Brasil. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. SUS Legal: CONASEMS, CONASS e Ministério da Saúde pactuam novo modelo de repasse de recursos do SUS. 2017 [citado 2018 Jan 17]. Disponível: <http://www.conasems.org.br/sus-legal-conasems-conass-e-ministerio-pactuam-novo-modelo-de-repasse-do-sus>
21. Arretche M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo Em Perspect*. 2004 Jun;18(2):17–26.
22. Ouverney AM. Federalismo e Descentralização do SUS: A Formação de um Regime Polarizado de Relações Intergovernamentais na Década de 1990 [Internet]. [Rio de Janeiro]: Fundação Gettúlio Vargas/ Escola Brasileira de Administração Pública e Empresa; 2015 [citado 2018 Mar 14]. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/13713/Tese%20de%20Doutorado%20-%20Assis%20Mafort.pdf?sequence=1>
- 23 MENDES Á. ENTREVISTA: O grande problema é a falta de dinheiro para o SUS, e não a forma de repasse desses recursos. Escola Politéc. de Saúde Joaquim Venâncio. 2017. [citado 2018 Abr 14]. Available from: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/o-grande-problema-e-a-falta-de-dinheiro-para-o-sus-e-nao-a-forma-de-repasse>
24. Funcia FR. Domingueira da Saúde. Flexibilização dos critérios de transferências de recursos fundo a fundo no âmbito do SUS: notas para debate. IDISA; 2017 [citado 2018 Jul 26]. Disponível em: http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/domingueira_da_saude_-_013_2017_-_16_07_2017.pdf

25. Viana ALD. ENTREVISTA: O nó do financiamento setorial [Internet]. Saúde Amanhã. 2015 [citado 2018 Abr 14]. Disponível em: [http://saudeamanha.fiocruz.br/entrevista -o-n%C3%B3-do-financiamento-setorial](http://saudeamanha.fiocruz.br/entrevista-o-n%C3%B3-do-financiamento-setorial)

4.2 Artigo 2

Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil

Healthcare financing, decentralization and regional health planning: federal transfers and the healthcare networks in Minas Gerais, Brazil

RESUMO

A Portaria 4279/10 e o Decreto 7508/11 normatizaram o funcionamento político-institucional do sistema, com impactos no financiamento da Média e Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial (MAC). Para verificar as consequências das diretrizes na consolidação das redes de atenção em Minas Gerais, realizou-se estudo analítico-descritivo do custeio federal do Bloco MAC nos anos de 2006 a 2014. Observa-se descentralização de responsabilidades, aporte de recursos e novos critérios de financiamento, com expansão do modelo de rede. Os repasses de recursos predefinidos pelo governo federal sugerem a ampliação sobre o debate da coordenação nacional e o a autonomia para implantação de soluções locorregionais.

Palavras-chave: Financiamento da Assistência à Saúde, Regionalização, Descentralização

ABSTRACT

The Decrees 4279/10 and 7508/11 established norms to guide health politics, with impacts on funding of the Middle and High Complexity Hospital and Outpatient. To verify the effects on the consolidation of care networks in Minas Gerais, we performed an analytical-descriptive study of the National Health Fund from 2006 to 2014. We observed decentralization of responsibilities, accompanied of resources and innovative financing mechanisms, resulting expansion of the care network model. The federal

government's onlendings of resources suggest the importance of the debate expansion about national coordination and the autonomy to implement locoregional solutions.

Key Words: Healthcare Financing, Regional Health Planning, Decentralization

INTRODUÇÃO

Marco de uma nova ordem social no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) representa a superação de um modelo assistencial contributivo e centralizado, por outro de caráter redistributivo, universalista e igualitário. A plena materialização desses direitos sociais constitucionais demanda a configuração de uma complexa estrutura institucional capaz de concretizar a cidadania. Nesse sentido, tem-se como um dos grandes desafios a construção de um sistema nacional de saúde capaz de, simultaneamente, abordar a heterogeneidade das necessidades regionais e reduzir as desigualdades existentes¹.

Estratégias de financiamento, descentralização e regionalização formam uma tríade de análise que conduzem reflexões acerca dos avanços na consolidação do SUS. Descentralização porque, em um contexto federalista, as repercussões acerca das definições de responsabilidades e dos mecanismos de articulação entre os entes são cruciais para a operacionalização das políticas. Financiamento, pois não existem garantias de que a descentralização de responsabilidades, por si, promova, de maneira eficiente e responsável, o acesso universal a patamares equitativos de atenção à saúde, demandando a consolidação de um arranjo institucional que, respeitando as diferentes capacidades de arrecadação dos entes, seja capaz de viabilizar o compromisso tripartite de financiamento do sistema. E, regionalização, porque o financiamento, ainda que em níveis satisfatórios e em proporções justas entre entes, se não for pautado por critérios de alocação redistributivos e por um planejamento com ordenamento territorial de base regional, não é capaz de superar as barreiras inerentes às profundas desigualdades que marcam o caso brasileiro.

Há uma relação sinérgica entre essa tríade e as configurações normativa e institucional do SUS. A Constituição Federal estabelece que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único,

descentralizado e financiado pelas três esferas federadas. Preceitos esses explorados na Lei n. 8.080/90 e, posteriormente, nas Normas Operacionais Básicas e nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde, demonstrando o esforço normativo de elaboração de uma proposta nacional de regionalização da assistência, com definição das responsabilidades descentralizadas e instrumentos compartilhados de planejamento, gestão e financiamento. Contudo, dado ao seu distanciamento político-institucional, estrutural, conjuntural das realidades subnacionais, e, dada à sua incapacidade de realocação de recursos e de indução do aumento dos gastos públicos em saúde, essa proposta limitou o projeto regional à lógica da oferta, das habilitações e dos fluxos assistenciais e financeiros, reforçando as desigualdades em saúde e a competitividade entre os entes federados².

Em 2006, com objetivo de fortalecer a gestão descentralizada do SUS e as relações intergovernamentais cooperativas, foi estabelecido o Pacto pela Saúde, que inovou ao reconhecer a concepção política da regionalização e da descentralização e propor a pactuação e articulação entre gestores na busca por maior coerência na organização, financiamento e gestão do sistema. Todavia, por não ter alterado significativamente os instrumentos de planejamento, à exceção dos blocos de financiamento e dos indicadores de monitoramento e avaliação, o Pacto não logrou os avanços esperados na gestão compartilhada do SUS².

Entre as tentativas mais recentes para superar a intensa fragmentação e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, estão a publicação da Portaria Ministerial n. 4.279/10 e o Decreto n. 7.508/11. A primeira define as diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que tem como objetivo promover a integração sistêmica das ações e serviços de saúde, garantindo a provisão de uma atenção contínua, integral, responsável, humanizada e de qualidade³. Já o Decreto, dispõe sobre a organização do sistema, o planejamento em saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa⁴. Ambos destacam a necessidade de consolidação da região de saúde como recorte privilegiado para a indução e integração das políticas, da expansão do financiamento intergovernamental cooperativo e da estruturação das redes temáticas objetivando a garantia da integralidade no acesso ao sistema.

Este trabalho discute a tríade financiamento, descentralização e regionalização, com

base nas diretrizes para o processo de implantação da RAS, tendo como referência o estudo de caso de Minas Gerais. Pretende-se verificar se as modalidades de repasses financeiros estabelecidas pelo governo federal para as instâncias subnacionais voltadas para o custeio da média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial (MAC) tem avançado em relação às diretrizes propostas pela Portaria n. 4.279/10 e o Decreto n. 7.508/11.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico-descritivo, desenvolvido a partir dos dados das transferências federais para custeio da média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial do SUS de Minas Gerais (SUS/MG) no período de 2006 a 2014, considerando a Portaria n. 4.279/10, como um marco para a elaboração de novos mecanismos de financiamento com vistas à operacionalização das RAS.

Os dados referentes às transferências federais realizadas para o SUS/MG foram coletados no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (FNS)⁵. Foram feitas consultas detalhadas por ação/serviço/estratégia do Bloco de MAC para os 853 municípios do Estado, para os nove anos em análise, conforme regime de caixa. Os arquivos foram consolidados em um banco de dados único, e os valores anuais, após conferidos com os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde no sítio eletrônico da Sala de Apoio à Gestão Estratégica⁶, foram organizados conforme as Regiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais, estabelecidas pela versão mais recente do PDR-SUS/MG⁷. Esse instrumento de planejamento organiza o território mineiro em três níveis: municipal, microrregional e macrorregional. Nesse último nível, tem-se, no pólo, com a solidariedade dos demais municípios de abrangência, a oferta/organização dos elencos de alta complexidade e média complexidade especial, sendo, portanto, a configuração na qual se alcança a integralidade da assistência, e por isso, foco deste trabalho. Quando da adequação do PDR-SUS/MG aos termos do Decreto n. 7.508/11, os territórios macrorregionais passaram a ser denominados de Região Ampliada de Saúde.

O primeiro passo da análise compreendeu a caracterização das Regiões Ampliadas. Foram coletados dados pertinentes à extensão territorial e ao número de municípios de

abrangência, disponibilizados pelo PDR-SUS/MG⁷; dados populacionais, conforme estimativas fornecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁸; número de estabelecimentos conforme tipo de prestador, de acordo com Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁹; dados da Resolubilidade no Elenco da Atenção Terciária, indicador calculado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)¹⁰, que mede o percentual da capacidade de atendimento ambulatorial e/ou hospitalar da população na região ampliada de residência em relação ao elenco de serviços esperados para esse nível de atenção; e, dados da tipologia nacional das regiões de saúde com base nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), disponibilizados no sítio eletrônico da pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil¹¹.

Em seguida, partiu-se para a análise do comportamento das transferências federais realizadas no âmbito do Bloco MAC. Nessa etapa, os valores coletados foram corrigidos para dezembro de 2015 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE), tendo como base o número índice acumulado a partir do mês de transferência do recurso¹². As análises consideraram tanto a gestão do recurso (estadual ou municipal), como o componente de transferência - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), que foi organizado em duas categorias, conforme ação/serviço/estratégia, tendo em vista o enfoque do trabalho:

- Limite MAC, que compreende os recursos que remuneram a produção, conforme lógica da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS; os incentivos hospitalares diversos, tais como 100% SUS, Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar, IntegraSUS, entre outros, e, os programas e pagamentos diversos, como ações judiciais de medicamentos, ações contingenciais para enfrentamento da epidemia de dengue, etc.
- Recursos de Redes, composto por incentivos especificamente voltados às redes prioritárias, tais como Urgência e Emergência, Saúde Mental, Cegonha, entre outras.

Por fim, para conhecer o comportamento das transferências federais em relação às diretrizes estabelecidas na Portaria n. 4.279/10 e no Decreto n. 7.508/11, desenvolveu-se

uma análise detalhada dos recursos de redes nas Regiões Ampliadas de Saúde. Para essa etapa, o primeiro passo foi compreender a política de financiamento de cada rede prioritária, identificando os tipos de incentivos estabelecidos, o quantitativo de portarias ministeriais que incorporam recursos para cada rede no estado e o montante repassado. Em seguida, a partir do exemplo da Rede de Urgência e Emergência, estudou-se a alocação efetiva do recurso transferido no território. Em Minas Gerais, a maioria dos municípios não detém a gestão de seus prestadores, conseqüentemente, parcela expressiva do recurso federal é transferida para o Fundo Estadual de Saúde (FES/MG), sem discriminação objetiva do beneficiário. Assim, foram consultadas no Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade – SISMAC¹³ todas as portarias que incorporam recursos a essa rede, e verificadas na Programação Pactuada Integrada de Minas Gerais (PPI-MG)¹⁴, sua efetiva alocação, de forma que os valores sob gestão estadual tivessem seus credores identificados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O PDR-SUS/MG organiza os 853 municípios do estado em 77 Regiões de Saúde, que por sua vez, formam 13 Regiões Ampliadas de Saúde⁷. A Tabela 1 aborda alguns aspectos-chave para compreender a realidade dessas regiões.

A Região Ampliada Centro, apesar de corresponder a menos de 10% do território mineiro, compreende o segundo maior número de municípios (103), concentrando 31,3% da população do estado e a maior densidade demográfica (111,5 hab./Km²). A Região Jequitinhonha, apesar de abranger o menor número de municípios (23) e apresentar a menor população residente, apenas 1,4%, fica atrás da Região Noroeste em termos de densidade populacional (8,7 hab./km²). Esses dados evidenciam um aspecto interessante do processo de regionalização do estado. O PDR/SUS-MG tem como pilares quatro princípios fundamentais: integralidade, economia de escala e escopo, acessibilidade e contigüidade geográfica. Dada as reconhecidas desigualdades regionais, esse instrumento define que, em caso de conflito entre acesso e escala, esse último princípio deve prevalecer¹⁵.

Tabela 1 - Caracterização das Regiões Ampliadas de Saúde, conforme população, extensão territorial, condições socioeconômicas e de saúde, tipo de prestador dos estabelecimentos de saúde e resolubilidade - Minas Gerais

Região Ampliada de Saúde	População Residente (1)	Extensão Territorial (Km ²) (2)	Municípios de abrangência (2)		Regiões de Saúde de abrangência conforme categoria de condições socioeconômicas e de saúde – 2016 (3)					N. de estabelecimentos por tipo de prestador – 2014 (4)			Resolub. (%) (5)
	2014		N	%	1	2	3	4	5	Públ.	Priv.	Filant.	2014
Centro	6.480.169	58.120	103	12	1	1	5	2	1	1.897	8.215	75	99,53
Centro Sul	780.011	15.811	51	6	-	-	3	-	-	479	1.371	35	59,9
Jequitinhonha	296.870	20.567	23	3	2	-	-	-	-	212	176	9	48,93
Leste	1.523.095	32.447	86	10	4	-	3	-	-	699	1.458	22	85,07
Leste do Sul	694.964	15.169	53	6	2	-	1	-	-	426	866	20	57,5
Nordeste	931.946	56.641	63	7	6	1	1	-	-	627	639	29	61,86
Noroeste	691.080	79.594	33	4	-	2	1	-	-	388	759	21	63,85
Norte	1.661.130	122.880	86	10	7	1	1	-	-	1.090	739	21	95,97
Oeste	1.254.944	28.552	54	6	1	1	4	-	-	646	1.730	38	50,66
Sudeste	1.651.433	24.665	94	11	1	-	6	-	1	956	1.998	62	97,04
Sul	2.755.109	53.766	153	18	1	-	8	1	2	1.624	4.789	161	96,45
Triâng. do Norte	1.260.398	42.784	27	3	-	1	1	-	1	408	1.786	17	96,02
Triâng. do Sul	752.948	35.535	27	3	-	-	1	1	1	391	769	22	97,62
Total	20.734.097	586.529	853	100	25	7	35	4	6	9.843	25.295	532	89,8

Fontes: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados por: (1) IBGE - Estimativas de população ; (2) PDR-SUS/MG ; (3) Base de indicadores; (4) CNES/Datasus ; (5)SES/SMACSS/DEAA

Por meio do cruzamento de indicadores que compõem as dimensões Situação Socioeconômica e Oferta e Complexidade dos Serviços de Saúde, a tipologia nacional classifica em cinco categorias as Regiões de Saúde, sendo o Grupo 1 caracterizado pelo baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços e o Grupo 5 pelo alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços¹¹. Nota-se que em Minas, as Regiões Ampliadas são marcadas pela diversidade de cenários e predominância de médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços (Grupo 3). Enquanto nove das 13 Regiões Ampliadas abrangem pelo menos uma região no Grupo 1, apenas cinco compreendem regiões classificadas na categoria de melhor desempenho.

Em relação aos estabelecimentos de saúde, observa-se que a região Centro concentra quase um terço do total de estabelecimentos estado (35.670), o que reflete seu papel de referência para todas as regiões. A análise segundo tipo de prestador, aponta que o Jequitinhonha, juntamente com as regiões Oeste e Norte, apresentam os maiores percentuais de prestadores públicos, respectivamente, 53%, 59% e 48%. Regiões essas que, historicamente, sofrem maiores intervenções por parte do estado, tendo em vista sua menor capacidade de oferta de serviços, dificuldade de fixação de profissionais, menor desenvolvimento socioeconômico, e/ou dificuldades de gestão da rede de serviços. As regiões Centro e Triângulo do Norte, figuram no outro extremo, com mais de 80% de prestadores privados. Em relação aos hospitais filantrópicos, observou-se que em todos os casos, o percentual de estabelecimentos cadastrados com esse tipo de prestador foi praticamente o mesmo, variando entre 1% e 2%.

Sobre essa relação entre público e privado, os achados de Viana et al¹⁶ reforçam a importância da análise a partir da tríade proposta, tendo em vista que a descentralização promovida pela política de saúde brasileira, sem integração regional e com fragilidades na oferta pública de serviços de maior complexidade, com a presença de grandes vazios assistenciais, possibilitou o crescimento da oferta privada, financiada tanto pelo Estado, na forma de renúncia fiscal, como por todos, por meio de pagamentos de planos e seguros.

Já a resolubilidade no elenco terciário confirma a discrepância regional também em termos de resultados em saúde. Novamente, Jequitinhonha se destaca com o pior desempenho. Menos da metade da demanda terciária dos residentes foi atendida na

própria Região Ampliada, no ano de 2014. Esse resultado não surpreende, tendo em vista a baixa estruturação da oferta já observada. Desempenho semelhante ocorreu na Oeste que apresenta problemas na oferta e no gerenciamento da rede. O cenário sugere que apenas mecanismos de transferências de recursos na lógica de remuneração por produção, tendo como limites financeiros parâmetros populacionais construídos a partir de série histórica, modelo adotado desde a década de 80 e coexistente até os dias atuais, não serão suficientes para reverter a situação nessas regiões.

Compreendendo a regionalização como um processo de natureza técnico-político, condicionado pela capacidade de oferta, pelo financiamento da atenção à saúde, pela distribuição de poder e pelas relações estabelecidas entre os diversos atores nos vários territórios, observa-se que a Portaria n. 4.279/10 e o Decreto n. 7.508/11, deparam-se em Minas com grandes desafios frente à diversas realidades regionais¹⁷.

Assim, o estudo do comportamento das transferências federais, tendo em vista a hegemonia fiscal da União e seu importante papel redistributivo no sistema, revela-se fundamental para sinalizar alternativas capazes de promover uma organização mais equilibrada do SUS, reduzindo as desigualdades regionais vigentes.

A análise do financiamento federal do Bloco MAC do SUS/MG revela que no período de 2006 a 2014 foram realizadas 75.803 transferências bancárias do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estadual e Municipais do estado, sendo que 372 (0,5%) foram canceladas devido à domicílio bancário inexistente (96%), favorecido incompatível (2,2%), saque não realizado em 7 dias por ausência de relação (1,6%) e pelo gestor após remessa ao banco (0,2%). Em valores brutos atualizados para dezembro de 2015, as transferências efetivadas no período totalizaram R\$36.921.676.203,27. Desse montante, R\$4.975.898.811,61 (13,5%) foram descontados na fonte pelo FNS em decorrência de empréstimos consignados, Termo de Cessão de Crédito, Hospitais Universitários/Ebserh, PROSUS, CONASS, CONASEMS, entre outros. Assim, a quantia líquida repassada para custeio da média e alta complexidade no estado foi de R\$31.945.777.391,01 (86,5%).

O Gráfico 1 apresenta o comportamento das transferências federais para o Bloco MAC no âmbito do SUS/MG nos nove anos em questão, conforme gestão dos recursos e categoria de componente.

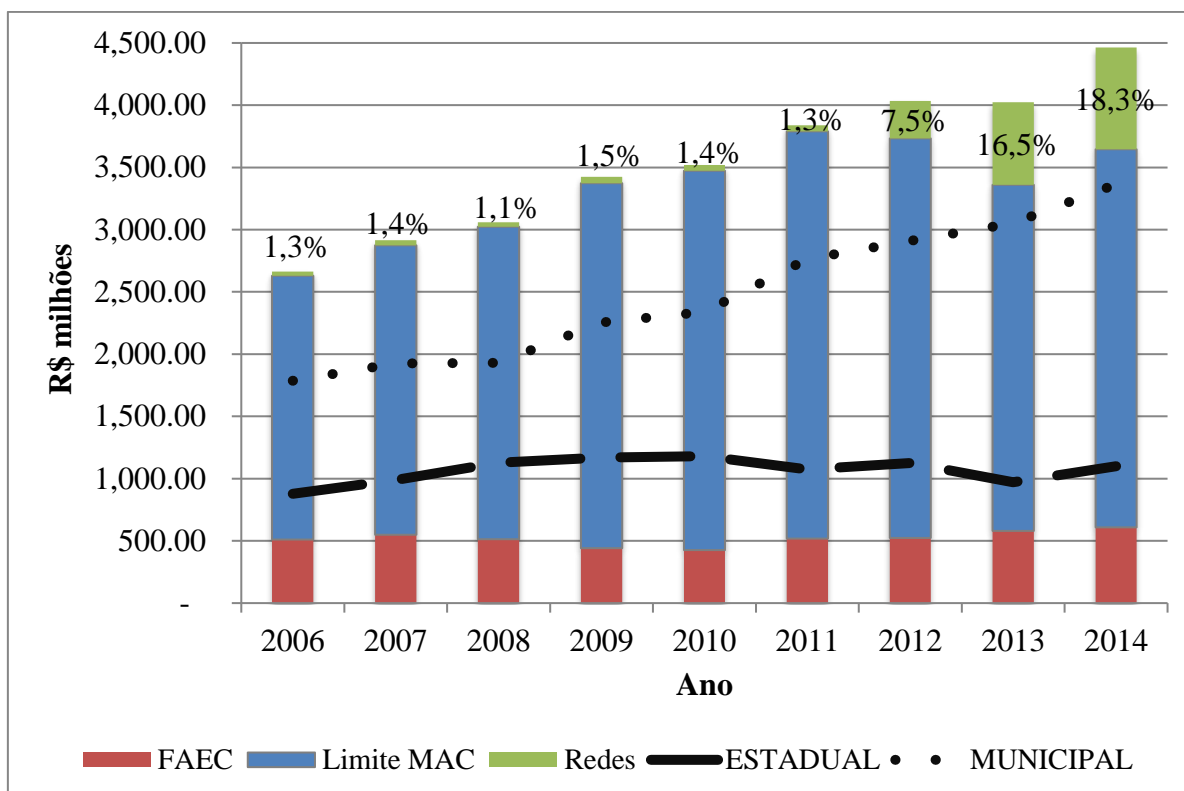


Gráfico 1 – Comportamento do financiamento federal do Bloco MAC no âmbito do SUS/MG por gestão do recurso e categoria de componente – Minas Gerais – 2006 – 2014

Fonte: elaboração própria a partir de dados do FNS, valores corrigidos pelo IPCA

Nota-se uma tendência de aumento dos recursos para custeio da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, à exceção do ano de 2013, com queda em relação ao exercício anterior, apesar dos valores nominais indicarem aumento de R\$186.065.730,72 em relação a 2012. Como afirmam Ugá e colaboradores¹⁸ e Vieira e Sá e Benevides¹⁹ apesar dos valores constantes, isto é, deflacionados, indicarem um aumento dos gastos federais em saúde, a fração em relação ao PIB evidencia tendência de estabilização ou redução da contribuição da União. Essa queda da participação federal no financiamento da saúde é expressiva ao longo do processo de consolidação do SUS, passando de 72% do gasto público em saúde na década de 1980, para pouco mais de 45% em 2010, o que é preocupante dada a forte dependência das esferas subnacionais no contexto de descentralização.

Sobre a descentralização dos recursos, o arcabouço institucional do SUS define duas modalidades de gestão: gestão plena da atenção básica, na qual o gestor municipal não detém a gestão dos prestadores de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar,

ficando essa a cargo do gestor estadual; e, gestão plena do sistema, na qual confere-se ao gestor municipal autonomia para gerir as ações relativas à promoção, proteção e recuperação a saúde em seu território, sendo os recursos transferidos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde¹⁸.

Observa-se que 71,8% do montante repassado no período foram descentralizados diretamente para os municípios, com decorrente aumento da autonomia municipal, passando de 70% em 2006, para 75,1% em 2014. Destaca-se que em 2006, apenas 59 municípios geriam os prestadores, passando para 84 em dezembro de 2014. Atualmente, 122 municípios mantêm gestão plena do sistema, o que significa que a esfera estadual ainda é responsável pela gestão de prestadores de 86% dos municípios mineiros, acumulando as responsabilidades de coordenador do sistema no seu território, condutor do processo de regionalização, copartícipe do financiamento e executor dos recursos transferidos pela União.

Quanto à análise por componente, observa-se que o Limite MAC concentrou o maior volume de recursos em todos os anos, compreendendo 78,97% do total repassado no período. O nível de recursos destinados ao FAEC manteve-se estável, variando de 13% a 19% do total anual. Os recursos destinados ao financiamento das redes de atenção sugerem a adoção, no âmbito do governo federal, de medidas para adequar o financiamento da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar aos preceitos da Portaria n. 4.279/10 e do Decreto n. 7.508/11. Em 2010, ano de publicação da portaria, os recursos identificados pelo FNS como específicos para redes temáticas, estavam na ordem de 1,4% do total anual, patamar bem semelhante ao dos quatro anos anteriores da normativa. Em 2011, esse percentual se manteve (1,3%), o que pode indicar um período de elaboração de novos mecanismos/critérios de alocação de recursos alinhados às diretrizes da RAS, e em 2012, esse percentual passou para 7,5%, mais que dobrando em 2013 (16,5%) e chegando a quase 20% dos recursos totais do Bloco em 2014 (Gráfico 1), indicando que esses mecanismos evoluíram durante o processo de maturação do modelo na política nacional de saúde.

Esses achados confirmam os esforços de superação do modelo de remuneração por procedimentos, estabelecido na década de 80 e vigente até os dias atuais, sabidamente indutor de uma produção fragmentada e pouco eficiente para o cuidado em saúde. As

opções encontradas apontam para adoção de dois principais tipos de mecanismos de alocação: incentivos financeiros, que tem como característica a busca por melhoria da qualidade da atenção prestada ao usuário, estando o repasse atrelado a metas e seu pagamento feito de maneira pré-fixada; e, orçamentação global de serviços, caracterizada por repasses periódicos de um valor anual de recursos definido por meio de programação orçamentária, que embora formalmente calculado com base em uma produção esperada para o período em questão, dando, portanto, maior previsibilidade do gasto para o gestor e da receita para o prestador, não está vinculado à efetiva produção dos serviços esperados²⁰.

Tais resultados reforçam também a visão de Santos e Luiz²¹, que defendem que os repasses federais tem sido utilizados pelo Ministério da Saúde para induzir políticas, entre elas o processo de estruturação das redes, e esclarecem que o montante repassado não tem se revelado suficiente para implantação das RAS em todas as unidades federadas, o que além de comprometer a política nacional, tem sobrecarregado estados e municípios, sobretudo a partir de 2014, com o cenário de restrições orçamentárias, seja por falta de reajuste dos valores de custeio, seja pela falta de repasses a serviços já previstos em planos de ação.

Fazendo a interface da realidade brasileira com os achados internacionais, Cashin e colaboradores²² destacam que os mecanismos de alocação e as formas de repasse aos prestadores, em especial os de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, tem um impacto importante no volume e na qualidade dos serviços ofertados. Nesse sentido, tem sido observado um crescimento do número de critérios e mecanismos de repasses que buscam alinhar o pagamento de incentivos com os objetivos dos sistemas de saúde. Os autores destacam que essas iniciativas, que tem sua origem remontada a experiências adotadas na iniciativa privada nos Estados Unidos no início da década de 90, vem sendo desenvolvidas em uma grande variedade de países, citando não apenas o Brasil, como Reino Unido, Alemanha, China, Índia e até países de baixa renda como Ruanda.

A Tabela 2 categoriza os recursos por componente e Região Ampliada de Saúde, conforme valores descentralizados para os municípios de abrangência, para os anos de 2006, 2010 e 2014. Os recursos transferidos para o FES/MG constam em linhas específicas.

Tabela 2 - Valores transferidos por Região Ampliada de Saúde por componente por ano, em milhões de reais - Minas Gerais - 2006, 2010, 2014

Região Ampliada de Saúde	2006 (R\$ milhões)				2010 (R\$ milhões)				Variação 2006 - 2010 (%)	2014 (R\$ milhões)				Variação 2010 - 2014 (%)
	FAEC	Limite MAC	Redes	Total	FAEC	Limite MAC	Redes	Total		FAEC	Limite MAC	Redes	Total	
Centro	164,84	695,91	18,07	878,81	149,63	941,34	16,49	1107,46	34,56	215,84	1054,11	366,18	1636,13	2,54
Centro Sul	19,84	63,22	1,32	84,38	16,14	83,81	1,17	101,12	26,02	18,25	75,49	19,44	113,18	47,74
FES/MG	143,35	734,67	0	878,02	96,23	1.070,69	14,54	1181,46	19,85	156,77	850,28	204,41	1211,45	11,92
Jequitinh.	0	0	0,17	0,17	0	0	0,28	0,28	66,22	0	1,29	1,83	3,12	1017,37
Leste	24,38	96,15	3,83	124,36	25,22	138,83	3,47	167,53	34,72	34,71	158,07	44,33	237,11	41,53
Leste do Sul	14,68	34,81	0,17	49,66	14,1	53,09	0,14	67,32	35,57	17,31	66,08	9,43	92,81	37,86
Nordeste	10,27	25,98	0,17	36,42	9,58	36,56	0,34	46,48	27,62	11,19	50,68	13,99	75,86	63,21
Noroeste	8,41	31,29	1,66	41,36	6,68	40,59	1,28	48,54	17,35	8,37	40,37	7,3	56,04	15,44
Norte	23,45	108,8	2,74	134,99	13,68	150,27	1,44	165,38	22,51	32,96	160,88	38,58	232,42	40,53
Oeste	17	56,23	0,83	74,06	14,69	69,3	1,94	85,93	16,04	17,72	67,93	14,07	99,71	16,03
Sudeste	26,83	115,5	2,94	145,27	25	179,78	2,76	207,54	42,87	24,11	165,37	40,34	229,81	10,73
Sul	24,42	67,82	1,16	93,4	24,17	115,2	2,57	141,94	51,97	28,84	175,7	29,6	234,13	64,95
Triâng. do Norte	23,98	46,04	0,32	70,35	24,4	100,67	0,45	125,52	78,44	35,52	122,12	9,34	166,97	33,02
Triâng. do Sul	9,91	42,79	0,29	53	6,12	66,86	1,82	74,8	41,14	7,84	48,65	18,78	75,27	0,63
Total	511,37	2.119,19	33,66	2.664,23	425,65	3.046,99	48,69	3.521,32	32,17	609,4	3.037,03	817,59	4.464,02	26,77

Fonte: elaboração própria a partir dos dados coletados no FNS

A Região Ampliada Centro concentra a maioria dos recursos, independente do componente. No SUS/MG, foi deliberado que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), por serem financiados na lógica da orçamentação global, tem gestão descentralizada para o município, ainda que esse não detenha gestão plena do sistema. Assim, no estado, o componente redes, por si, já apresenta um caráter mais descentralizado, o que explica o fato do Jequitinhonha apresentar a maior variação de recursos descentralizados no período pós Portaria n. 4.279/10 (1017%), ainda que não tenha nenhum município pleno à época.

A fim de compreender melhor os mecanismos e critérios de alocação específicos do componente MAC foram analisadas as portarias ministeriais que alocam recursos para redes prioritárias no SUS/MG. A Tabela 3 apresenta características dessas redes, como o quantitativo de portarias que incorporam recursos, tipos de incentivos estabelecidos para cada rede, valores totais transferidos e o número de regiões ampliadas beneficiadas nos anos de 2006, 2010 e 2014. Os recursos destinados à Rede de Controle do Câncer não foram contemplados no detalhamento, pois as três portarias que incorporam recursos, o fazem na lógica de pagamento por procedimentos, sendo programados na PPI/MG não como incentivo, mas como valores acrescidos aos tetos de produção hospitalar e ambulatorial.

Do ponto de vista da gestão, dois aspectos chamam a atenção. Primeiro, o número expressivo de portarias de incorporação de recursos (n=262) e sua distribuição ao longo do tempo. Foram identificadas portarias pertinentes às redes de 2004 a 2014, sendo que do total de portarias, 4,4% (n=12) foram publicadas até 2006, 15,9% (n=42) entre 2007 e 2010, e, 79,6 % (n=208) entre 2011 e 2014, o que indica que o processo de financiamento das redes e sua expansão no território se deu gradativamente. Essa constatação também é confirmada pela análise do número de Regiões Ampliadas contempladas por ano.

O segundo aspecto relaciona-se à multiplicidade de incentivos estabelecidos nas diferentes redes. Esses incentivos, por apresentarem lógicas de financiamento distintas e, estando muitas vezes o seu repasse condicionado ao desempenho apurado em um rol de indicadores específico para cada rede, demandam a formalização de diversos instrumentos contratuais, o que sugere um aumento da complexidade na relação entre gestores e prestadores.

Tabela 3 - Recursos federais transferidos, quantitativo de portarias ministeriais, e tipos de incentivos, por rede - Minas Gerais - 2006, 2010 e 2014 (continua)

Rede	N. PT. GM/MS	Tipos de Incentivos	2006	2010	2014	Total 2006 a 2014 (R\$)
			Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	
Rede Cegonha (RCEG)	23	Casa de Gestante, Bebê e Puérpera, Centros de Parto Normal, Habil./ Qualif. leitos para Gestante de Alto Risco, Habil/Qual. leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional e Canguru, Habil./Qualif. leitos de UTI Neonatal e Adulto tipos II e III	-	-	61.837.929,69	172.705.091,64
Regiões Ampliadas contempladas - RCEG			-	-	12	
Rede de Cuidados à Pessoa Port. de Defic. (RDEF)	15	Centros de Especialidades Odontológicas (CEO-RAPD), Centros Especializados em Reabilitação, Oficinas Ortopédicas	-	-	34.684.851,64	47.381.953,62
Regiões Ampliadas contempladas - RDEF			-	-	13	
Rede de Saúde Bucal (RSB)	25	CEO, LRPD	7.960.075,59	9.939.340,03	32.051.031,44	130.239.987,03
Regiões Ampliadas contempladas - RSB			13	13	13	

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo FNS, valores corrigidos pelo IPCA disponibilizados pelo IPEA e nos dados de Portarias Ministeriais fornecidos pelo SISMAC

Nota: * os valores totais contemplam os valores da Rede de Controle do Câncer

Tabela 3 - Recursos federais transferidos, quantitativo de portarias ministeriais, e tipos de incentivos, por rede - Minas Gerais - 2006, 2010 e 2014
(continuação)

Rede	N. PT. GM/MS	Tipos de Incentivos	2006	2010	2014	Total 2006 a 2014 (R\$)
			Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	
Rede de Saúde Mental (RSME)	74	CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidades de Acolhimento, Serviço de leito de saúde mental em Hospital Geral de Referência	-	-	138.169.591,37	250.200.050,93
Regiões Ampliadas contempladas - RSME			-	-	13	
Rede de Urgência e Emergência (RUE)	125	SAMU, UPA, Habil./ Qualif. leitos de retaguarda clínica, Habil./Qualif. leitos de UTI Adulto ou Infantil Tipos II e III, Habilitação de leitos de Terapia Intensiva Coronariana - UCO tipos II e III, Portas de Entrada de Urgência, Leitos de Cuidados Prolongados	25.700.585,36	37.691.911,19	459.579.856,13	1.256.930.337,63
Regiões Ampliadas contempladas - RUE			6	8	12	
Total*	262		33.660.660,95	47.631.251,22	817.589.841,38	2.043.414.089,85

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo FNS, valores corrigidos pelo IPCA disponibilizados pelo IPEA e nos dados de Portarias Ministeriais fornecidos pelo SISMAC

Nota: * os valores totais contemplam os valores da Rede de Controle do Câncer

A variedade de incentivos remete à outra questão. Os repasses de recursos com destino predefinido pelo governo federal tendem a ter como consequência o comprometimento da autonomia das instâncias subnacionais, uma vez que não permitem a aplicação conforme as necessidades loco-regionais. Assim, embora os mecanismos de financiamento estabelecidos a partir do advento da Portaria n. 4.279/2010 tenham caminhado para superação dos critérios populacionais de repasse, a forma como o processo tem sido conduzido, pode vir a reduzir o princípio da descentralização à mera desconcentração de recursos.

Há que se destacar, que, sendo os recursos federais fontes cruciais para o financiamento do SUS, seu volume não apenas deveria ser elevado, como deveria haver um equilíbrio na sua alocação, de forma a abarcar uma proposta mais global de redistribuição, orientada por critérios gerais de definição de prioridades, coerentes com o modelo de atenção pretendido²³. Diante do embate entre arrecadação, autonomia e cooperação, deve-se ponderar que a ênfase na autonomia pode estimular a competição e a busca por inovações locorregionais, e, em seu extremo pode levar à fragilização dos vínculos cooperativos e à disparidade entre as esferas federadas. Ao mesmo tempo, a ênfase na interdependência entre entes, pode possibilitar a criação de arranjos mais funcionais de ações coletivas e de implantação de padrões nacionais de políticas, contudo, em seu extremo, pode levar à paralisia decisória e pouca inovação²⁵.

Uma alternativa para a questão aqui discutida seria a descentralização dos recursos federais por meio de transferências automáticas com maior flexibilidade na alocação de recursos, aplicação esta, que deveria ser norteadas pelos instrumentos de planejamento estaduais e locais, que, por sua vez, estariam alinhados às macro diretrizes nacionais, sendo todos debatidos e aprovados nos respectivos conselhos de saúde. De toda forma, independente da estratégia a ser adotada nesse sentido, não se pode deixar de reconhecer, que dado o arranjo federativo brasileiro e do sistema vigente de repartição de receitas tributárias, é inegável a necessidade de uma coordenação federal nos projetos sociais, seja pelo seu papel na coordenação das decisões dos governos locais, evitando a concorrência e superposição de medidas e alocação de recursos, seja para a correção das desigualdades de gasto entre entes e seus reflexos os resultados alcançados^{24, 25}.

Em relação ao volume de recursos, 61,5% foi destinado à Rede de Urgência e Emergência (RUE), percentual bem superior ao da Rede de Saúde Mental, que foi a segunda que mais recebeu recursos descentralizados (12,2%). A Rede de Cuidados à Pessoa Portadora de

Deficiência foi a que menos recebeu, apenas 2% do total de recursos descentralizados nos nove anos em análise.

A fim de verificar se os critérios adotados pela política nacional de implantação de redes têm contribuído para a redução das desigualdades regionais, foi desenvolvido um estudo de caso da Rede de Urgências e Emergências - RUE, no qual, a partir da análise das portarias ministeriais e deliberações CIB-SUS/MG, identificou-se os destinatários finais dos recursos transferidos para o FES/MG no âmbito dessa rede para os anos de 2006, 2010 e 2014.

A Figura 1 ilustra a evolução dos repasses pertinentes à RUE por Região Ampliada de Saúde, considerando a destinação final do recurso, independente da gestão do mesmo, sendo destacado os valores per capita em reais. Do total de recursos repassados para a rede, apenas 0,5% não tiveram destinação identificada, seja por ainda estarem macroalocados na PPI/MG, ou por não ter sido possível identificar a qual portaria ministerial a transferência realizada se referia.

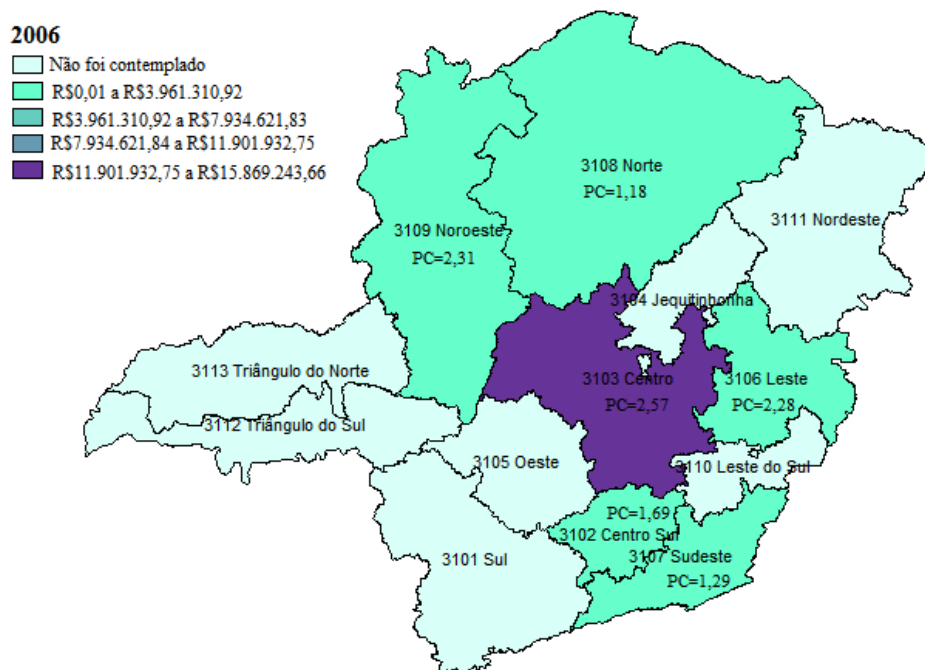


Figura 1 – Evolução dos repasses pertinentes à RUE por Região Ampliada de Saúde – Minas Gerais – 2006, 2010 e 2014 (Continua)

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo FNS, portarias ministeriais e deliberações CIB-SUS/MG

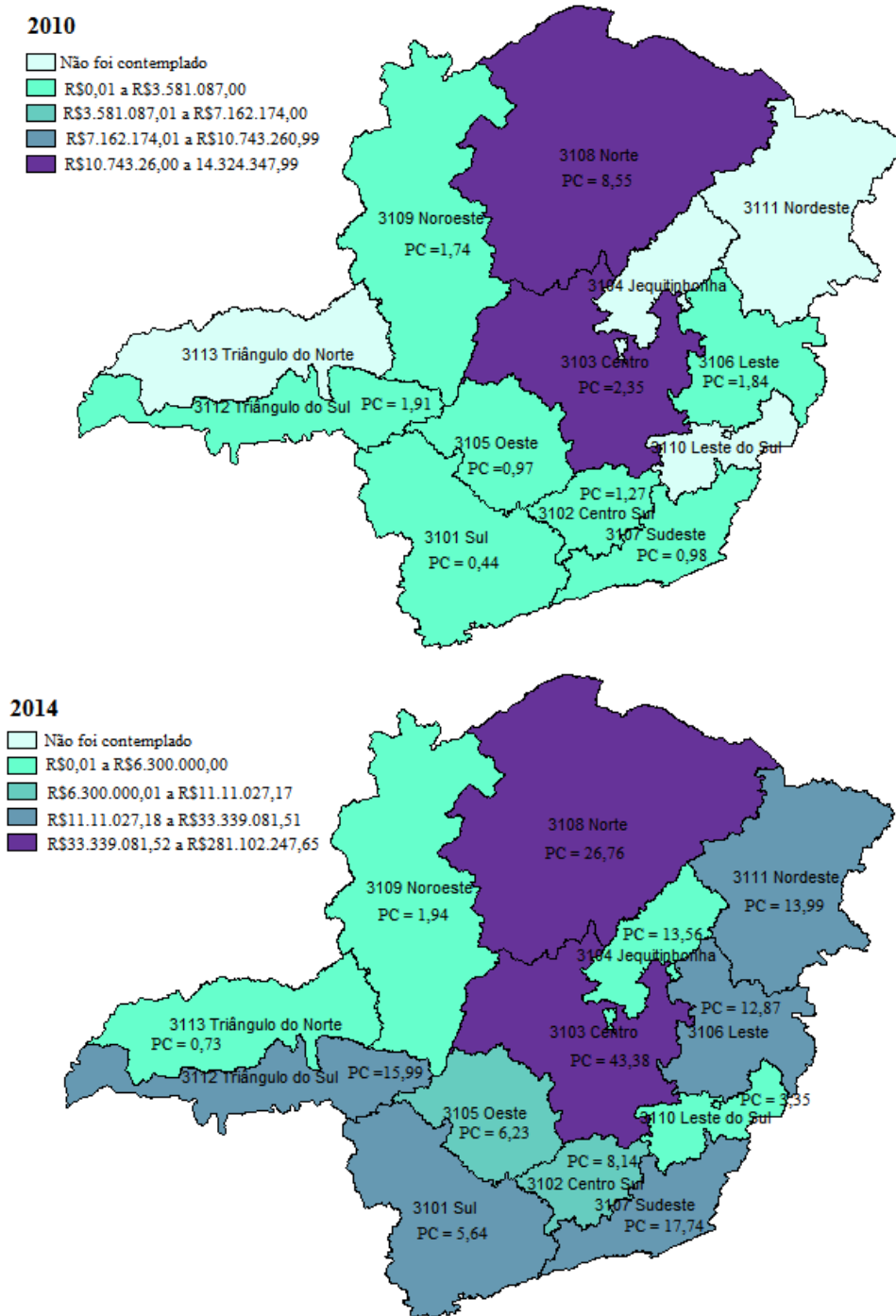


Figura 1 – Evolução dos repasses pertinentes à RUE por Região Ampliada de Saúde – Minas Gerais – 2006, 2010 e 2014 (Continuação)

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo FNS, portarias ministeriais e deliberações CIB-SUS/MG

Os mapas evidenciam o processo expansão e consolidação da RUE no território mineiro. Em 2006, enquanto ainda não se tinha estruturada a proposta da política de rede, apenas seis Regiões Ampliadas receberam incentivos destinados à atenção às urgências, especificamente para o custeio dos SAMU. Em 2010, essa política de incentivo para estruturação do SAMU já

tinha alcançado nove regiões. Com a publicação da Portaria n. 2.395/11, que estabelece as diretrizes para a RUE, começa-se a observar a diversificação dos tipos de incentivos a partir de 2012, chegando em 2014, com 100% das Regiões Ampliadas recebendo algum tipo de incentivo.

Nota-se também a evolução do quantitativo de recursos repassados para implantação da RUE no Estado. Enquanto em 2006, foram transferidos R\$ 25.700.585,36, sendo 61,7% destinados à região Centro, em 2010, o valor repassado passou para R\$ 37.691.911,21, já com uma divisão mais desconcentrada no território, sendo 38% alocados na região Centro, 35% na Norte, que apresentou o maior valor per capita (R\$8,44), e o restante variando entre 7% e 2% nas sete outras Regiões Ampliadas contempladas, sendo o menor per capita observado na região Sul (R\$0,44). Em 2014, o total transferido foi R\$437.843.480,79, mais de onze vezes maior do que no ano do advento da Portaria n. 4.279/10, sendo que todos os valores per capita apresentaram um aumento em relação à 2010, refletindo o esforço do governo federal em operacionalizar as diretrizes propostas na normativa. Ainda nesse ano, observa-se que apesar de todas as Regiões Ampliadas terem recebido incentivos da RUE, novamente houve concentração de recursos na região Centro (64%), ficando a Norte com 10% e os outros 26% divididos para as outras 11 Regiões Ampliadas.

Entre as considerações finais do estudo de caso de Minas Gerais, tem-se que a Portaria 4.279/10 e o Decreto 7.508/11 conseguiram viabilizar tanto um aporte significativo de recursos, quanto mecanismos inovadores de financiamento, o que tem contribuído para a expansão da implantação do modelo de rede de atenção nas várias regiões do estado. À luz da tríade financiamento, descentralização e regionalização, os resultados sugerem que gestores municipais gradativamente vêm assumindo um conjunto de novas responsabilidades, seja na contratualização de serviços, na pactuação de indicadores, na execução de recursos ou na mediação de conflitos dos diversos atores envolvidos no processo de consolidação das RAS.

Apesar do aumento de autonomia, ainda são observadas imposições por parte do governo federal em relação ao acesso aos recursos financeiros que permitem incrementar o financiamento da média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial. O aumento do volume de repasses feitos mediante incentivos múltiplos e predefinidos pelo Ministério da Saúde, acende o alerta diante da possibilidade de tornar mais complexo o papel das esferas subnacionais, limitando a sua possibilidade de alocação conforme as especificidades locais regionais.

Conclui-se, entendendo que deve prevalecer o equilíbrio entre coordenação e autonomia, entre os direitos nacionais e a intencionalidade local. Assim, o que se sugere é uma expansão dos debates sobre a questão do financiamento da política de saúde e dos mecanismos de alocação de recursos no âmbito do SUS, trazendo à tona não apenas critérios quantitativos de repasse, mas também questões pertinentes aos dilemas presentes na dinâmica do SUS, tais como autonomia versus responsabilidades versus capacidade de arrecadação versus capacidade de operacionalização.

REFERÊNCIAS

1 LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; VASCONCELOS, C. M. de. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. *Cienc Saude Colet*, v. 17, n. 7, p. 1849–1856, jul. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232012000700024&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 31 maio 2016.

2 ALBUQUERQUE, M. V. de. *O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros*. 2013. 280 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

3 BRASIL. . Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). , 30 dez. 2010. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2015.

4 BRASIL. Presidência da República. *Decreto nº. 7.508, de 18 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. , 18 jun. 2011 b. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 12 abr. 2015.

5 BRASIL. Ministério da Saúde. *Fundo Nacional de Saúde - FNS*. Disponível em: <<http://fns.saude.gov.br/visao/consulta/detalhada/filtro.jsf>>. Acesso em: 5 jan. 2016.

6 BRASIL. Ministério da Saúde. *Sala de Apoio à Gestão Estratégica - SAGE*. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/>>. Acesso em: 13 mar. 2016.

7 MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS/MG nº1.979, de 18 de novembro de 2014. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização – PDR-SUS/MG 2014. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201979%20%20PDR%202014.pdf#page=2>>. Acesso em: 5 de jan. 2016.

8 BRASIL. Ministério da Saúde. *DATASUS. Informações de Saúde (TABNET)*. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&id=6943&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popt>>. Acesso em: 5 jan. 2016.

9 BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 5 jan. 2016.

10 MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Resolubilidade da Atenção Terciária 2014*. Disponível em: <<http://saude.mg.gov.br/component/gmg/page/1554-atencao-terciaria-2014-pdr>>. Acesso em: 5 jan. 2016.

11 REGIÃO E REDES. *Banco de indicadores regionais e tipologias*. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/>>. Acesso em: 6 mar. 2016.

12 BRASIL. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipeadata*. Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br/Default.aspx>>. Acesso em: 5 mar. 2016a.

13 BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade - SISMAC*. Disponível em: <<http://sismac.saude.gov.br/>>. Acesso em: 5 mar. 2016.

14 MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Programação Pactuada Integrada de Minas Gerais - PPI/MG*. Disponível em: <<http://ppiassistencial.saude.mg.gov.br/>>. Acesso em: 5 mar. 2016a.

15 MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Diretor de Regionalização de*

Minas Gerais 2001/2004. Belo Horizonte: Coopmed, 2002.

16 VIANA, A. L. D'Á. *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p. 413–422, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200413&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 30 mai. 2016.

17 LIMA, L. D. de *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Cienc Saude Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2881–92, 2012. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/a023__regionalizacao_e_acesso_a_saude_nos_estados_brasileiros_-_condicionantes_historicos_e_politico-institucionais_-_ciencia_e_saude_-_2012.pdf>. Acesso em: 4 mai. 2016.

18 UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M.; PIOLA, S. F. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 395–426.

19 VIEIRA, F. S.; SÁ E BENEVIDES, R. P. de. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Nota Técnica. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA*. set. 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2017.

20 UGÁ, M. A. D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde - a experiência internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 12, p. 3437–3445, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001200028&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 5 mai. 2016.

21 Santos RJM, Luiz VR. Transferências federais no financiamento da descentralização. In: Marques RM, Piola SF, Roas AC, organizadores. *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil, 2016. P. 169 – 204.

22 CASHIN, C. *et al.* Health provider P4P and strategic health purchasing. In: CASHIN, C. *et al.* (Org.) . *Paying for Performance in Health Care: Implications for health system*

performance and accountability. European Observatory on Health Systems and Policies Series. 1. ed. England: Open University Press, 2014. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2016.

23 MENDES, Á. N.; SANTOS, S. B. DE S. Financiamento descentralizado da saúde: a contribuição dos municípios paulistas. *Saúde e Sociedade*, v. 9, n. 1-2, p. 111–125, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-1290200000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 31 abr. 2016.

24 ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Org.). *Políticas públicas; Coletânea*. 2 v. 1. ed. Reimpressão. Brasília: ENAP, 2006. p. 91-110

25 OUVENEY, A. M. Federalismo e Descentralização do SUS: a Formação de um Regime Polarizado de Relações Intergovernamentais na Década de 1990. 2015. 445 f. Tese (Doutorado em Administração) - Fundação Gettúlio Vargas/ Escola Brasileira de Administração Pública e Empresa, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/13713/Tese%20de%20Doutorado%20-%20Assis%20Maafort.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 14 mai. 2017.

4.3. Outras produções acadêmicas

Desta tese foram ainda produzidos outros três trabalhos. O primeiro, baseado em achados preliminares do Artigo 1, intitulado *Inovações nos critérios de alocação de recursos federais para custeio da média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial: reflexões a partir do processo de implantação das redes de atenção em Minas Gerais*, foi selecionado para apresentação oral e publicação nos anais do XII Encontro Nacional de Economia Saúde, realizado nos dias 24, 25 e 26 de agosto de 2016, na cidade de Salvador, Bahia, promovido pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES). O resumo e o certificado de participação no evento encontram-se, respectivamente, nos anexos B e C. O texto na íntegra encontra-se disponível nos anais do evento no endereço eletrônico: <http://abresbrasil.org.br/trabalhos/inovacoes-nos-criterios-de-alocacao-de-recursos-federais-para-custeio-da-media-e-alta>

Já os achados preliminares do Artigo 2, deram origem a dois trabalhos aceitos para apresentação no III Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, promovido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) a ser realizado de 01 a 04 de maio de 2017, na cidade de Natal, Rio Grande do Norte. O primeiro trabalho, intitulado *O financiamento público da saúde: reflexões a partir da realidade declarada por municípios brasileiros entre 2007 e 2015* foi aprovado para apresentação na modalidade Comunicação Oral, e o segundo, cujo título é *Transferências federais fundo a fundo: um panorama a partir dos dados declarados pelos municípios brasileiros entre 2007 e 2015*, foi contemplado para apresentação na modalidade Pôster em roda de conversa. Os resumos e os certificados de apresentação dos mesmos encontram-se, respectivamente, nos anexos D, E, e, F. Os trabalhos também foram publicados nos anais do evento disponíveis no seguinte endereço eletrônico: http://abrasconatal17.ufrn.br/landpage/livro_anais_cong_politicas3_2017.pdf.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou discutir o financiamento público em saúde como um aspecto fundamental do direito à saúde tal como previsto no texto constitucional. A partir de um resgate histórico e teórico sobre o tema, e, um olhar sobre a trajetória de configuração do modelo de financiamento do SUS, construiu-se as bases para as análises realizadas tanto em nível nacional, como no caso de Minas Gerais. A proposta consistia em entender, como o financiamento público, tanto enquanto componente, como função de um sistema de saúde, poderia influenciar na operacionalização desse direito. Em outras palavras, buscava-se verificar se o volume de recurso aplicado no sistema de saúde e a forma que esse montante era alocado (entre entes e regiões, bem como entre prioridades assistenciais) contribuiria para a implementação de um sistema único, público, universal e integral.

Compreender a história foi importante, pois a experiência brasileira no âmbito das políticas públicas revelou uma trajetória dinâmica, marcada por avanços e retrocessos, moldados pelos diversos contextos sócio, político, e, econômico vivenciados no país desde a colonização até os dias atuais. É inegável que muito se avançou, passando de uma situação de ausência total de direitos, deixando os indivíduos à própria sorte, passando por lentas e progressivas conquistas no âmbito coletivo e individual, até se alçar a promulgação de uma Constituição Federal que reconhece e estabelece a saúde como direito de todos e dever do estado.

Um aspecto que chamou a atenção nessa trajetória, foi que da mesma forma que o arcabouço normativo exerceu um importante papel na consagração desse marco para a cidadania, a volatilidade do regramento sobre o financiamento público em saúde (reflexo das diversas forças que se alternam no poder) demonstrou-se como uma barreira para efetiva operacionalização do direito.

Essa percepção encontrou amparo nos resultados apurados, que capazes de evidenciar tanto aspectos organizativos e estruturais do sistema, como avanços importantes conquistados pelo SUS. Destacam-se a descentralização de recursos e de responsabilidades para as esferas subnacionais, maior aporte e formulação de novas formas de financiamento como meio para fomentar e operacionalizar a expansão do modelo de redes de atenção, a ampliação dos valores totais e per capita disponíveis para o SUS em todos os grupos de regiões de saúde, o

aumento da participação da atenção básica e o maior investimento nas regiões com menor capacidade de oferta, entre outros.

Ao mesmo tempo, foram revelados desafios importantes a serem superados, como por exemplo, a reversão do quadro de desigualdades regionais em saúde ainda perpetuado e pouco explorado no sentido de políticas indutivas, a dificuldade de se romper definitivamente com um modelo centrado na atenção hospitalar e fortemente dependente do setor privado (herança das bases sobre as quais se construiu o sistema de saúde brasileiro), e, a fraca articulação entre entes federados, com número expressivo de obrigações concorrentes e coincidentes e poucos compromissos estruturados, inviabilizando uma alocação de recursos baseada em um planejamento efetivamente regional.

Em especial ao que tange o campo normativo do sistema, as marchas e contramarchas observadas, evidenciaram que as implicações da “contínua descontinuidade” do arcabouço normativo do SUS são danosas para o sistema na medida que não se permite alcançar sequer certa maturidade da regra para revê-la ou ajustá-la, com base em avaliações consistentes. Tampouco, as tão batalhadas conquistas em prol do aumento de recursos tem conseguido manter os seus, ainda incipientes e insuficientes, logros, frente aos esforços de desfinanciamento viabilizados pela ostensiva revisão de regramentos. Ademais, aspectos operacionais do sistema que poderiam ser fomentados e induzidos por meio de regramento pactuado, tais como diretrizes redistributivas e equitativas de alocação de recursos de maneira regionalizada, com potencial de captar as diversas nuances das distintas realidades socio sanitárias, pouco tem sido exploradas.

Para além dessa abordagem, ao longo do percurso analítico traçado, partindo do estudo de abrangência nacional, e lançando um olhar mais detalhado sob uma realidade estadual, duas tríades de debate se desvalaram: financiamento – descentralização - regionalização e financiamento - modelo federativo - modelo assistencial. Ambas convergem para algumas conclusões comuns:

- Expansão do debate sobre o financiamento do SUS: defende-se a inclusão de proposições sobre questões que ultrapassam essa seara, mas que lhe extremamente afeitas, como o regime federalista que o orienta sistema e o modelo assistencial que se pretende adotar. Não se pode perder de foco o problema central que é a falta de recurso para o sistema, contudo, não se pode negar a relação sinérgica existente entre

o financiamento e esses aspectos organizativos do SUS. É preciso lutar por mais recursos e pela qualificação do seu processo de alocação, resistindo aos fortes movimentos de ajuste fiscal, de fomento para o privado e desqualificação do sistema público.

- O (des)financiamento também não pode continuar sendo utilizado como estratégia para romper com a implantação de um modelo assistencial que tem na consolidação e qualificação da atenção básica seu eixo principal. As pressões do setor privado e as propostas de se desestruturar o SUS por meio dos planos populares e subsídios para compras de serviços devem ser contidas. Deve-se resgatar a identidade social do sistema e sua relevância para a população enquanto alternativa mais justa para o acesso ao direito à saúde.
- Do ponto de vista do arranjo federalista inerente ao SUS: a experiência brasileira tem revelado que lidar com extremos parece ser pouco razoável. Não é possível se pensar em um modelo essencialmente centralista, com traços herdados do modelo inamsiano, nem, tampouco, pender para um modelo em que a União se exime de seu papel coordenador e indutivo, como parece estar sendo articulado pela PT GM/MS n. 3992/17. É preciso reafirmar a importância da coordenação nacional, estabelecendo-se diretrizes, que estados e municípios, por si, não fariam, deixando claras as competências e responsabilidades de cada ente, equalizando a relação existente entre eles. Do contrário, incorre-se na manutenção de um modelo de financiamento marcado pela diferença de níveis de aplicação de recursos entre entes, e de sobreposição de ações e gastos, com resultados pouco equitativos e resolutivos.
- É preciso avançar na discussão sobre como deve se dar a gestão descentralizada e ao mesmo tempo regionalmente organizada, de forma a superar as desigualdades existentes, visto que com a manutenção do modelo atual, dificilmente serão sanadas. O sistema deve fluir de forma orgânica independente do ente gestor de determinada política, rede ou serviço. E o financiamento deve contribuir nesse sentido, de modo que não seja uma barreira para o acesso. Um fundo compartilhado de financiamento tripartite poderia ser uma alternativa para lidar com questões de superação de vazios, investimentos em uma rede pública de serviços e ampliação de acesso a uma atenção integral.

Com isso, espera-se caminhar rumo a um modelo de universalidade inclusiva, capaz de reverter o quadro de fuga de empresas e famílias para a saúde suplementar, assegurando integralmente o direito à saúde. Somente trilhando nessa direção será possível resgatar a legitimidade do SUS perante a sociedade brasileira, tornando o financiamento público da saúde uma verdadeira bandeira social.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, S. M. (Org.). *Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil e Espanha*. 1. ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2006. p. 77–125.
- ALBUQUERQUE, M. V. de. *O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros*. 2013. 280 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- ALVES, I. G. Da caridade ao Welfare State: um breve ensaio sobre os aspectos históricos dos sistemas de proteção social ocidentais. *Ciência e Cultura*, v. 67, n. 1, p. 52–55, mar. 2015. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252015000100017&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 16 ago. 2017.
- ANDRADE, E. I. G. *(Des)Equilíbrio da Previdência Social Brasileira: 1945 - 1997*. 1999. 232 f. Tese (Doutorado em Demografia) - Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- ANDRADE, E. I. G. Portaria do Ministério da Saúde põe em risco a regionalização do SUS. In: CENTROS DE ESTUDOS ESTRATÉGICOS DA FIOCRUZ. *Portaria do Ministério da Saúde que dá autonomia a gestores locais desestrutura o SUS*. Disponível em: <<http://cee.fiocruz.br/?q=node/713>>. Acesso em: 17 jan. 2018.
- ARRETCHE, M. T. S. Mitos da Descentralização: Maior Democracia e eficiência nas Políticas Públicas?. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 11, n.31, p. 44-66, 1996. Disponível em: <http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_31/rbcs31_03.htm>. Acesso em: 05 jan. 2018
- ARRETCHE, M. T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 14, n. 40, p. 111–141, jun. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091999000200009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 26 jul. 2017.
- ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Org.). *Políticas públicas; Coletânea*. 2 v. 1. ed. Reimpressão. Brasília: ENAP, 2006. p. 91-110
- BAHIA, L. A política de saúde no Brasil. In: ROCHA, J. S. Y. (Org.). *Manual de saúde pública & saúde coletiva no Brasil*. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. p. 201–218.
- BAPTISTA, T. W. DE F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. DE M. (Org.) . *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. . Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/125.pdf>>. Acesso em: 9 fev. 2017.

BAPTISTA, T. W. DE F.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. DE. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 829–839, jun. 2009. Acesso em: 19 jan. 2018.

BARROS, F. P. C. DE; DELDUQUE, M. C.; SANTOS, A. DE O. O direito à saúde e a proposta de cobertura universal. *CONSENSUS*, n. 19, p. 44–49, jun. 2016.

BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. 1. ed. Rio de Janeiro: ABRES; MS; OPAS/OMS, 2016. p. 101 – 138.

BERTOLI FILHO, C. *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Editora Ática, 1996.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MESSIAS, K. L. M. Sistemas de serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. *Revista Saúde.com*, v. 1, n. 1, p. 79–89, 2005. Disponível em: < <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/20/133> >. Acesso em: .

BOYLE, S. *United Kingdom (England): Health system review*. 1. ed. [S.l: s.n.], 2011. v. 13. (Health Systems in Transition).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 322 de 08 de maio de 2003. Aprova as Diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº29 de 13 de setembro de 2000. maio 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_03.htm> Acesso em: 27 mar. 2017

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Decisão da CIT aumenta a autonomia da gestão e a eficiência do SUS*. CONASS. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/decisao-da-cit-aumenta-autonomia-da-gestao-e-eficiencia-do-sus/>>. Acesso em: 7 jul. 2017a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Histórico do financiamento público da saúde. *O financiamento da saúde*. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011c. p. 12–26.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Sistema Único de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011a. p. 10-30.

_____. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. SUS Legal: CONASEMS, CONASS e Ministério da Saúde pactuam novo modelo de repasse de recursos do SUS". Brasília, 2017i. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/sus-legal-conasems-conass-e-ministerio-pactuam-novo-modelo-de-repasse-do-sus>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF)?: Senado, 1988. Disponível em: <www.senado.gov.br/legilacao>. Acesso em: 05 jan. 2015.

_____. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipeadata*. Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br/Default.aspx>>. Acesso em: 5 mar. 2016a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. *Bolsa Família. O que é*. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e>>. Acesso em: 16 ago. 2017d.

_____. Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 5 mar. 2016b.

_____. Ministério da Saúde. *Capacitação Técnica SIOPS. Glossário Temático: Oficina Periódica SIOPS*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 216p.

_____. Ministério da Saúde. *DATASUS. Informações de Saúde (TABNET)*. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&id=6943&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popt>>. Acesso em: 5 mar. 2016c.

_____. *Ministério da Saúde. Financiamento público de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde/OPAS, 2013. v. 1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf>. Acesso em: 1 out. 2017. (Série Ecos - Economia da Saúde para a Gestão do SUS).

_____. Ministério da Saúde. *Fundo Nacional de Saúde - FNS*. Disponível em: <<http://fns.saude.gov.br/visao/consulta/detalhada/filtro.jsf>>. Acesso em: 5 mar. 2016d.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº258, 7 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS 01/91, Constante do Anexo I, da presente resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, DF, 10 de janeiro de 1991. Disponível em:<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf> Acesso em: 14 out. 2016

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 234 de 7 de fevereiro de 1992. – Edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92. Brasília : Ministério da Saúde, 1992. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf> Acesso em: 14 out. 2016

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº545 de 20 de maio de 1993, Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília : Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html> Acesso em: 14 out. 2016

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº2203, 5 de novembro de 1996. Aprova , nos termos do texto desta portaria, a NOB 1/96, a qual define o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral a saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão. Brasília : Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html> Acesso em: 15 out. 2016

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS

01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília : Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html> Acesso em: 26 out. 2016

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília : Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html> Acesso em: 26 out. 2016

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006- consolidação SUS. Diário Oficial da União, DF, 27 de fevereiro de 2006. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html> Acesso em: 12 fev. 2016

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007.* Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. , 29 jan. 2007, Sec. Diário Oficial da União. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html>. Acesso em: 27 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010.* Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). , 30 dez. 2010. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n. 53, de 16 de janeiro de 2013.* Estabelece diretrizes para o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e fixa prazos para registro e homologação de informações, em observância ao art. 39 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e ao Capítulo I do Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. , 16 jan. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0053_16_01_2013.html>. Acesso em: 9 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação n. 6, de 28 de setembro de 2017.* Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília : Ministério da Saúde,

2017g. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html>. Acesso em: 5 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n. 3992, 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2017h. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/conass-informa-n-281-publicada-portaria-gm-n-3992-que-altera-portaria-de-consolidacao-no-6gmms-de-28-de-setembro-de-2017-para-dispor-sobre-o-financiamento-e-transferencia-dos-recursos-fe/>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria SPO/MS n. 01, de 11 de janeiro de 2018*. Divulga, na forma do Anexo, a relação dos programas de trabalho da Lei Orçamentária Anual – LOA 2018 que serão onerados por transferências de recursos, na modalidade fundo a fundo, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, bem como a vinculação desses programas de trabalho com os blocos de financiamento de que trata a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017h. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/conass-informa-n-15-publicada-portaria-n-1-da-subsecretaria-de-planejamento-e-orcamento-do-ministerio-da-saude-que-divulga-relacao-dos-programas-de-trabalho-da-lei-orcamentaria-anual/>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. *Sala de Apoio à Gestão Estratégica - SAGE*. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/>>. Acesso em: 5 mar. 2016e.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde com Transparência - SUS*. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>>. Acesso em: 7 jul. 2017c.

_____. Ministério da Saúde. *Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade - SISMAC*. Disponível em: <<http://sismac.saude.gov.br/>>. Acesso em: 5 mar. 2016f.

_____. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação Sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>>. Acesso em: 28 fev. 2017l.

_____. Portal do Governo. *Código do SUS vai reunir todas as regras da rede pública de saúde*. Notícia. 2017j. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2017/09/codigo-do-sus-vai-reunir-todas-as-regras-da-rede-publica-de-saude>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

_____. *Portal da Transparência - Glossário*. Disponível em: <<http://www.transparencia.gov.br/glossario/DetalheGlossario.asp?letra=d>>. Acesso em: 25 jun. 2017e.

_____. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 18 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. , 18 jun. 2011 b. Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 12 abr. 2015.

_____. Presidência da República. 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 o artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde., set 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm> Acesso em: 17 out. 2017

_____. Presidência da República. 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. mar 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm> Acesso em: 15 mar. 2017

_____. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 93, de 08 de setembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelecer a desvinculação de receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios. set 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc93.htm> Acesso em: 18 mar. 2017

_____. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 95, de 17 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. dez 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm> Acesso em: 18 fev. 2017

_____. Presidência da República. Lei n. 4.320, de 17 de março de 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. , 17 mar. 1964, Sec. Diário Oficial da União. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L4320.htm>. Acesso em: 25 jun. 2017.

_____. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. , set 1990 a. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-actualizada-pl.pdf>>.

_____. Presidência da República. Lei n. 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. , dez 1990 b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>.

_____. Presidência da República. Lei Complementar n. 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 3 (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. , 13 jan. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 9 abr. 2015.

_____. Secretaria do Tesouro Nacional. *Glossário - Tesouro Nacional - STN*. Disponível em: <<http://www.tesouro.gov.br/pt/-/glossario>>. Acesso em: 25 jun. 2017b.

_____. Senado Federal. *Siga Brasil*. Disponível em: <<http://www8d.senado.gov.br/BOE/BI/logon/start.do?ivsLogonToken=WWW8D.senado.gov.br%3A6400%408050616JvDmoyDydBKCstN8qFQh8050614Jm1DDz3NU1cC803Qvrt7M9j>>. Acesso em: 17 jun. 2017f.

BUSSE, R.; BLÜMEL, M. *Germany: health system review*. 2. ed. [S.l.]: European Observatory on Health Systems and Policies, 2014. v. 16. (Health Systems in Transition).

CAMPOS, G. W. de S. Algumas hipóteses desesperadas e uma utopia concreta: o SUS Brasil. In: RIZZOTO, M. L. F.; COSTA, A. M. (Org.) . *25 anos do direito universal à saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2014. p. 44–58.

CAMPOS, G. W. de S. Nova regra desequilibra a relação sistêmica, federativa, em rede, para o lado da descentralização excessiva. In: CENTROS DE ESTUDOS ESTRATÉGICOS DA FIOCRUZ. *Portaria do Ministério da Saúde que dá autonomia a gestores locais desestrutura o SUS*. Disponível em: <<http://cee.fiocruz.br/?q=node/713>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

CARRILLO ROA, A. Financiamento dos sistemas de saúde na América do Sul. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; CARRILLO ROA, A. (Org.) . *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. 1. ed. Rio de Janeiro: ABRES; MS; OPAS/OMS, 2016. p.75 - 98.

CARVALHO, G. DE C. M. de. *Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde – 1988-2001*. 2002. 363 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/img/File/TESEGC.pdf#page=8&zoom=auto,-120,71>>. Acesso em: 30 mai. 2016.

CASHIN, C. *et al.* Health provider P4P and strategic health purchasing. In: CASHIN, C. *et al.* (Org.) . *Paying for Performance in Health Care: Implications for health system performance and accountability*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. 1. ed. England: Open University Press, 2014. Disponível em: <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2017.

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde: uma breve introdução sobre análise comparada em saúde. In: CAMPO, G. W. DE S. (Org.) . *Tratado em Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec Editora, 2006. p. 563–613.

CORDEIRO, H. DE A. O conceito de necessidades de saúde e as políticas sanitárias. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. (Org.) . *Saúde, trabalho e formação profissional*. Rio de Janeiro: [s.n.], 1997. p. 41–47.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. R. E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F. E. DE; TONON, L. M.; OLIVEIRA JUNIOR, M. DE. *Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde*. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p. 11–26.

DEVEREUX, S.; SABATES-WHEELER, R. *Transformative social protection*. IDS Working Paper, nº 232. England: Institute of Development Studies, 2004. Disponível em: <<http://www.ids.ac.uk/files/dmfile/Wp232.pdf>>. Acesso em: 1 fev. 2017.

EMPRESA BRASILEIRA DE COMUNICAÇÃO. *Ministério da Saúde consolida atos normativos para facilitar gestão*. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-09/ministerio-da-saude-consolida-atos-normativos-para-facilitar-gestao>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 323–363.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. DO; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. *et al.* (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 59–81.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 279–321.

ESPING-ANDERSEN, G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1990.

ESTEVEZ-ABE, M.; IVERSEN, T.; SOSKICE, D. Social Protection and the Formation of Skills: A Reinterpretation of the Welfare State. In: HALL, P. A.; SOSKICE, D. (Org.). . *Varieties of Capitalism: The Institutional Foundations of Comparative Advantage*. 1. ed. [S.l.]: Oxford University Press, 2001. p. 145–183. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Torben_Iversen2/publication/235220621_Social_Protection_and_the_Formation_of_Skills_A_Reinterpretation_of_the_Welfare_State/links/0912f51083d05450d8000000.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2017.

FAGNANI, E. *Seguridade Social: a experiência brasileira e o debate internacional*. [S.l.]: Fundação Friedrich Ebert, 2011. (Análises e Propostas, 42).

FALLETI, T. Efeitos da descentralização nas relações intergovernamentais: o Brasil em perspectiva comparada. *Sociologias*, v. 8, n. 16, p. 46–85, jul. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a04n16.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

FIELD, A. *Descobrendo a estatística usando o SPSS*. Tradução Lorí Viali. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLEURY, S. M.; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 25–57.

FUNCIA, F. R. *Domingueira da Saúde. Flexibilização dos critérios de transferências de recursos fundo a fundo no âmbito do SUS: notas para debate*. [S.l.: s.n.]. Disponível em: <http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/domingueira_da_saude_-_013_2017_16_07_2017.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2017.

FUNCIA, F. R. *Domingueira da Saúde*. Mudança do critério de transferência financeira fundo a fundo a partir de 2018. n. 2. jan. 2018. Disponível em: <<http://idisa.org.br/domingueira/2018-domingueira-da-saude-02%7C2018>>. Acesso em 13 jan. 2018.

GALVÃO, M. A. M. Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil-colônia a 1930. *Cadernos de textos do Departamento de Ciências Médicas da Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto*. Ouro Preto: UFOP, 2009. p. 1 - 33. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.

GIOVANELLA, L. Entre o mérito e a necessidade: análise dos princípios constitutivos do seguro social de doença alemão. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 1, p. 133–146, jan. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000100014&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 17 ago. 2016.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 11, p. 2263–2281, nov. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2014001102263&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 17 mar. 2016.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Tendências de reformas na atenção primária à saúde em países europeus. *JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care*, v. 5, n. 1, p. 101–113, 2014. Disponível em: <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/viewArticle/179>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

GOULARTI, J. G. *Sistema tributário regressivo e desigualdades sociais no Brasil. Plataforma Política Social*. [S.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://plataformapoliticasocial.com.br/sistema-tributario-regressivo-e-desigualdades-sociais-no-brasil/>>. Acesso em: 8 fev. 2017.

KERSTENETZKY, C. L. Welfare state e desenvolvimento. *Dados*, v. 54, n. 1, p. 129–156, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582011000100004&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 17 ago. 2016.

KUTZIN, J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 91, n. 8, p. 602–611, 1 ago. 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/91/8/12-113985.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2015.

LASSWELL, H. D. *Politics: who gets what, when, how*. Cleveland: Meridian Books, 1936.

LAURELL, A. C. *Sistemas Universales de Salud: retos y desafíos*. . [S.l.: s.n.]. , 21 fev. 2012.

LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; VASCONCELOS, C. M. de. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. *Cienc Saude Colet*, v. 17, n. 7, p. 1849–1856, jul. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232012000700024&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 31 maio 2016.

LIMA, L. D. de. *Federalismo, Relações Fiscais e Financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais*. 409 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: < <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/364611> >. Acesso em: 05 jan. 2018.

LIMA, L. D. de *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Cienc Saude Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2881–92, 2012. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/a023_-_regionalizacao_e_acesso_a_saude_nos_estados_brasileiros_-_condicionantes_historicos_e_politico-institucionais_-_ciencia_e_saude_-_2012.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2016.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. *et al.* (Org.) . *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 27–58.

LOBATO, L. de V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.) . *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 89–120.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”: anos 80. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 1, n. 1, p. 77–96, 1991. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311991000100004&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 27 ago. 2017.

MARQUES, R. M. O direito à saúde no mundo. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; CARRILLO ROA, A. (Org.) . *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. 1. ed. Rio de Janeiro: ABRES; MS; OPAS/OMS, 2016. p. 11–36.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F. O financiamento da saúde depois de 25 anos de SUS. In: RIZZOTO, M. L. F.; COSTA, A. M. (Org.) . *25 anos do direito universal à saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2014. p. 177–194.

MARSHALL, T. H. *Social Policy in the Twentieth Century*. 4. ed. London: Hutchinson University Library, 1975.

MENDES, Á.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. 1. ed. Rio de Janeiro: ABRES; MS; OPAS/OMS, 2016. p. 139–168.

MENDES, Á. N.; SANTOS, S. B. DE S. Financiamento descentralizado da saúde: a contribuição dos municípios paulistas. *Saúde e Sociedade*, v. 9, n. 1-2, p. 111–125, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-1290200000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 31 jul. 2016.

MENDES, Á. *Entrevista: “O grande problema é a falta de dinheiro para o SUS, e não a forma de repasse desses recursos”*. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2017. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/o-grande-problema-e-a-falta-de-dinheiro-para-o-sus-e-nao-a-forma-de-repasse>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Deliberação CIB-SUS/MG nº1.979, de 18 de novembro de 2014*. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização – PDR-SUS/MG 2014. 2014. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201979%20-%20PDR%202014.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2016.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais 2001/2004*. Belo Horizonte: Coopmed, 2002.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *Programação Pactuada Integrada de Minas Gerais - PPI/MG*. Disponível em: <<http://ppiassistencial.saude.mg.gov.br/>>. Acesso em: 5 mar. 2016a.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *Resolubilidade da Atenção Terciária 2014*. Disponível em: <<http://saude.mg.gov.br/component/gmg/page/1554-atencao-terciaria-2014-pdr>>. Acesso em: 6 mar. 2016b.

MONTAÑO, C. Pobreza, “questão social” e seu enfrentamento. *Serviço Social & Sociedade*, n. 110, p. 270–287, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000200004&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 16 ago. 2017.

MOREIRA, L. M. DE C.; CAMPOS, M. L. D.; MALACHIAS, I. O Decreto n. 7.508/11 e a consolidação do modelo de gestão do SUS/MG. jun. 2012, Brasília. *Anais...* Brasília: [s.n.], jun. 2012. Disponível em: <http://repositorio.fjp.mg.gov.br/consad/bitstream/123456789/737/1/C5_TP_O%20DECRETO%20No%20750811%20E%20A%20CONSOLIDAC%3%87%20O%20DO%20MODELO.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2016.

NAVARRO, V. What is a national health policy? *International Journal of Health Services*, v. 37, p. 1–14, 2007.

NORONHA, J. C. de. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 5, p. 847–849, maio 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500003&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 16 set. 2017.

NORONHA, J. C. de. A nova portaria representa a ruptura do pacto federativo. In: CENTROS DE ESTUDOS ESTRATÉGICOS DA FIOCRUZ. *Portaria do Ministério da Saúde que dá autonomia a gestores locais desestrutura o SUS*. Disponível em: <<http://cee.fiocruz.br/?q=node/713>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

OLIVEIRA, J. A. de A.; FLEURY, S. M. *(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. 2. ed. Petrópolis: Vozes / ABRASCO, 1989.

OUVERNEY, A. M. *Federalismo e Descentralização do SUS: a Formação de um Regime Polarizado de Relações Intergovernamentais na Década de 1990*. 2015. 445 f. Tese (Doutorado em Administração) - Fundação Gettúlio Vargas/ Escola Brasileira de Administração Pública e Empresa, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/13713/Tese%20de%20Doutorado%20-%20Assis%20Mafort.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 14 mai. 2017.

PAIM, J. S. A questão saúde e o SUS. *O que é o SUS*. Temas em Saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009a. p. 11–23.

_____. O que tínhamos antes do SUS? *O que é o SUS*. Temas em Saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009b. p. 25–41.

PAIM, J. S. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet, Saúde no Brasil*. v. 1, p. 11–27, 9 maio 2011.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/555555555555.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. SPE, p. 73–78, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102006000400011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22 mar. 2015.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 21, n. 1, p. 15–35, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 18 fev. 2016.

PEREIRA, A. M. M. *Descentralização e regionalização em saúde no Brasil e na Espanha: trajetórias, características e condicionantes*. 2014. 229 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

PEREIRA, P. A. P. Proteção social contemporânea: cui prodest? *Serviço Social & Sociedade*, n. 116, p. 636–651, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000400004&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 17 ago. 2017.

PINTO, H. Ministério transferiu a crise de recursos para os municípios, e a conta será paga pelo cidadão. In: CENTROS DE ESTUDOS ESTRATÉGICOS DA FIOCRUZ. *Portaria do Ministério da Saúde que dá autonomia a gestores locais desestrutura o SUS*. Disponível em: <<http://cee.fiocruz.br/?q=node/713>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

PIOLA, S. F. *et al.* *Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo.* . [S.l.]: Ipea. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/03/financiamento-publico-da-saude-uma-historia-a-procura-de-rumo.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2017. , jul. 2013

PIOLA, S. F. Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas: estudos e análises. In: RODRIGUES, V. DE A. (Org.) . *Observatório internacional de capacidades humanas, desenvolvimento e políticas públicas*. Brasília: UnB/ObservaRH/Nesp, 2013. p. 193–211.

PIOLA, S. F. *et al.* Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 4. p. 19–70. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-03.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

REGIÃO E REDES. *Banco de indicadores regionais e tipologias*. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/>>. Acesso em: 6 mar. 2016a.

_____. *Relatório Metodológico da Tipologia das CIR's*. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/indicadores/view/pdf/relatorio_tipologia_versaofev2016.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2017b.

RICE, T. *et al.* *United States of America: Health system review*. 3. ed. [S.l: s.n.], 2013. v. 15. (Health Systems in Transition).

ROEMER, M. I. National health systems as market interventions. *Journal of Public Health Policy*, PMID: 2715339, v. 10, n. 1, p. 62–77, 1989.

ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec Editora, 1994.

SÁ E BENEVIDES, R. P. de. As transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde em 2016. *Nota Técnica n. 46*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. jan. 2018. 20 p. Disponível em: <http://ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32186:nota-tecnica-2018-janeiro-numero-46-disoc&catid=192:disoc&directory=1>. Acesso em: 15 jan. 2018.

CARVALHO, T. Sistema Único, Caixa Único: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei. *Revista do CONASEMS*. jan-mar, 2017. p. 31-37. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/05/revista_conasems_edicao68-web_F03.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

SANTOS, R. J. M. DOS; LUIZ, V. R. DE. Transferências federais no financiamento da descentralização. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; CARRILLO ROA, A. (Org.). *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. 1. ed. Rio de Janeiro: ABRES; MS; OPAS/OMS, 2016. p. 169–204.

SANTOS, N. R. *Política pública de saúde: qual o rumo?*. 2010. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Sus_politica.pdf>. Acesso em 24 mar. 2015.

SANTOS, R. F. Saúde Mais 10 luta por mais recursos para o SUS [entrevista na internet]. Recife (PE): Portal DSS Nordeste; 2014 Ago 07. Entrevista concedida a Maira Baracho. Disponível em: <http://dssbr.org/site/entrevistas/saude-mais-10-luta-por-mais-recursos-para-o-sus/>. Acesso em 24 nov. 2017.

SERVO, L. M. S. *et al.* Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: PIOLA, S. F.; MELAMED, C. (Org.) . *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ipea, 2011. p. 85–108.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, n. 16, p. 20–45, dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1517-45222006000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 22 mar. 2015.

TATARA, K.; OKAMOTO, E. *Japan: Health system review*. 5. ed. [S.l.]: European Observatory on Health Systems and Policies, 2009. v. 11. (Health Systems in Transition).

TITMUSS, R. M. *Social policy*. [S.l.]: Allen & Unwin London, 1974. Disponível em: <http://rszarf.ips.uw.edu.pl/welfare-state/titmuss.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2015.

TSENG, M. C. Y. *Estudo comparado dos sistemas de seguridade social do Japão e do Brasil: a proteção dos trabalhadores de ambos países*. 2014. 229 f. Dissertação (Mestrado em Direito Internacional e Comparado) - Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2135/tde-06092014-214311/pt-br.php>. Acesso em: 27 jul. 2017.

UGÁ, M. A. D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde - a experiência internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 12, p. 3437–3445, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001200028&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 5 ago. 2016.

UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M.; PIOLA, S. F. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.) . *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 395–426.

VIANA, A. L. D'Á. *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p. 413–422, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200413&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 4 jun. 2016.

VIANA, A. L. D'Á.; BAPTISTA, T. W. DE F. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.) . *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 59–87.

VIANA, A. L. D'Á.; LIMA, L. D. de; OLIVEIRA, R. G. de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 493–507, jan. 2002. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232002000300008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 24 mar. 2015.

VIANA, A. L. D'Á.; SILVA, H. P. da. Saúde e sociedade: a construção da proteção social como marco essencial das políticas de saúde. In: ROCHA, J. S. Y. (Org.) . *Manual de saúde pública & saúde coletiva no Brasil*. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. p. 1–14.

04/12/2018 19:48:00VIANNA, M. L. T. W. *Em torno do conceito de política social: notas introdutórias*. Rio de Janeiro, dez 2002. Disponível em: <<http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fMariaLucia1.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

VIANNA, S. M. A seguridade social, o sistema único de saúde e a partilha dos recursos. *Saúde e Sociedade*, v. 1, n. 1, p. 43–58, 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901992000100006&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 24 jul. 2017.

VIEIRA, F. S.; SÁ E BENEVIDES, R. P. de. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. *Nota Técnica*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. set. 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health expenditure ratios, by country, 1995-2014*. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPRATIODEU?lang=en>>. Acesso em: 4 ago. 2017a.

_____. *Health policy*. Disponível em: <http://www.who.int/topics/health_policy/en/>. Acesso em: 29 jun. 2015.

_____. *Relatório Mundial de Saúde: Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal*. [S.l.]: WHO, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf>.

_____. *The World health report 2000 - Health Systems: Improving performance*. Geneva: WHO, 2000.

_____. *WHO | What are public sources of funding?*. Disponível em: <http://www.who.int/health_financing/topics/revenue-raising/public-funding/en/>. Acesso em: 18 ago. 2017b.

Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil

Healthcare financing, decentralization and regional health planning: federal transfers and the healthcare networks in Minas Gerais, Brazil

Laura Monteiro de Castro Moreira¹
Felipe Ferré¹
Eli Iola Gurgel Andrade¹

Abstract *The Decrees 4279/10 and 7508/11 established norms to guide health politics, with impacts on funding of the Middle and High Complexity Hospital and Outpatient. To verify the effects on the consolidation of care networks in Minas Gerais, we performed an analytical-descriptive study of the National Health Fund from 2006 to 2014. We observed decentralization of responsibilities, accompanied of resources and innovative financing mechanisms, resulting expansion of the network care model. The federal government definitions suggest reduction of the autonomy and limitation of regional solutions.*

Key Words *Healthcare financing, Regional health planning, Decentralization*

Resumo *A Portaria 4279/10 e o Decreto 7508/11 normatizaram o funcionamento político-institucional do sistema, com impactos no financiamento da Média e Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial (MAC). Para verificar as consequências das diretrizes na consolidação das redes de atenção em Minas Gerais, realizou-se estudo analítico-descritivo do custeio federal do Bloco MAC nos anos de 2006 a 2014. Observa-se descentralização de responsabilidades, aporte de recursos e novos critérios de financiamento, com expansão do modelo de rede. Os repasses de recursos pré-definidos pelo governo federal sugerem redução a autonomia e limitação de soluções loco-regionais.*

Palavras-chave *Financiamento da assistência à saúde, Regionalização, Descentralização*

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Alfredo Balena 190/724, Santa Efigênia. 30130-100 Belo Horizonte MG Brasil. laura.moreira@saude.mg.gov.br

Introdução

Marco de uma nova ordem social no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) representa a superação de um modelo assistencial contributivo e centralizado, por outro de caráter redistributivo, universalista e igualitário. A plena materialização desses direitos sociais constitucionais demanda a configuração de uma complexa estrutura institucional capaz de concretizar a cidadania. Nesse sentido, tem-se como um dos grandes desafios a construção de um sistema nacional de saúde capaz de, simultaneamente, abordar a heterogeneidade das necessidades regionais e reduzir as desigualdades existentes¹.

Estratégias de financiamento, descentralização e regionalização formam uma tríade de análise que conduzem reflexões acerca dos avanços na consolidação do SUS. Descentralização porque, em um contexto federalista, as repercussões acerca das definições de responsabilidades e dos mecanismos de articulação entre os entes são cruciais para a operacionalização das políticas. Financiamento, pois não existem garantias de que a descentralização de responsabilidades, por si, promova, de maneira eficiente e responsável, o acesso universal a patamares equitativos de atenção à saúde, demandando a consolidação de um arranjo institucional que, respeitando as diferentes capacidades de arrecadação dos entes, seja capaz de viabilizar o compromisso tripartite de financiamento do sistema. E, regionalização, porque o financiamento, ainda que em níveis satisfatórios e em proporções justas entre entes, se não for pautado por critérios de alocação redistributivos e por um planejamento com ordenamento territorial de base regional, não é capaz de superar as barreiras inerentes às profundas desigualdades que marcam o caso brasileiro.

Há uma relação sinérgica entre essa tríade e as configurações normativa e institucional do SUS. A Constituição Federal estabelece que as ações e os serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, descentralizado e financiado pelas três esferas federadas. Preceitos esses explorados na Lei n. 8.080/90 e, posteriormente, nas Normas Operacionais Básicas e nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde, demonstrando o esforço normativo de elaboração de uma proposta nacional de regionalização da assistência, com definição das responsabilidades descentralizadas e instrumentos compartilhados

de planejamento, gestão e financiamento. Contudo, dado ao seu distanciamento político-institucional, estrutural, conjuntural das realidades subnacionais, e, dada à sua incapacidade de realocação de recursos e de indução do aumento dos gastos públicos em saúde, essa proposta limitou o projeto regional à lógica da oferta, das habilitações e dos fluxos assistenciais e financeiros, reforçando as desigualdades em saúde e a competitividade entre os entes federados².

Em 2006, com objetivo de fortalecer a gestão descentralizada do SUS e as relações intergovernamentais cooperativas, foi estabelecido o Pacto pela Saúde, que inovou ao reconhecer a concepção política da regionalização e da descentralização e propor a pactuação e a articulação entre gestores na busca por maior coerência na organização, financiamento e gestão do sistema. Todavia, por não ter alterado significativamente os instrumentos de planejamento, à exceção dos blocos de financiamento e dos indicadores de monitoramento e avaliação, o Pacto não logrou os avanços esperados na gestão compartilhada do SUS².

Entre as tentativas mais recentes para superar a intensa fragmentação aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, estão a publicação da Portaria Ministerial nº 4.279/10 e o Decreto nº 7.508/11. A primeira define as diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que tem como objetivo promover a integração sistêmica das ações e serviços de saúde, garantindo a provisão de uma atenção contínua, integral, responsável, humanizada e de qualidade³. Já o Decreto dispõe sobre a organização do sistema, o planejamento em saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa⁴. Ambos destacam a necessidade de consolidação da região de saúde como recorte privilegiado para a indução e a integração das políticas, da expansão do financiamento intergovernamental cooperativo e da estruturação das redes temáticas objetivando a garantia da integralidade no acesso ao sistema.

Este trabalho discute a tríade financiamento, descentralização e regionalização, com base nas diretrizes para o processo de implantação da RAS, tendo como referência o estudo de caso de Minas Gerais. Pretende-se verificar se as modalidades de repasses financeiros estabelecidas pelo governo federal para as instâncias subnacionais voltadas para o custeio da média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial (MAC) têm avançado em relação às diretrizes propostas pela Portaria n. 4.279/10 e o Decreto n. 7.508/11.

Métodos

Trata-se de um estudo analítico-descritivo, desenvolvido a partir dos dados das transferências federais para custeio da média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial do SUS de Minas Gerais (SUS/MG) no período de 2006 a 2014, considerando a Portaria nº 4.279/10, como um marco para a elaboração de novos mecanismos de financiamento com vistas à operacionalização das RAS.

Os dados referentes às transferências federais realizadas para o SUS/MG foram coletados no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Foram feitas consultas detalhadas por ação/serviço/estratégia do Bloco de MAC para os 853 municípios do Estado, para os nove anos em análise, conforme regime de caixa. Os arquivos foram consolidados em um banco de dados único, e os valores anuais, após conferidos com os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde no sítio eletrônico da Sala de Apoio à Gestão Estratégica, foram organizados conforme as Regiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais, estabelecidas pela versão mais recente do PDR-SUS/MG³. Esse instrumento de planejamento organiza o território mineiro em três níveis: municipal, microrregional e macrorregional. Nesse último nível, tem-se, no polo, com a solidariedade dos demais municípios de abrangência, a oferta/organização dos elencos de alta e de média complexidade especial, sendo, portanto, a configuração na qual se alcança a integralidade da assistência e, por isso, foco deste trabalho. Quando da adequação do PDR-SUS/MG aos termos do Decreto n. 7.508/11, os territórios macrorregionais passaram a ser denominados de Região Ampliada de Saúde.

O primeiro passo da análise compreendeu a caracterização das Regiões Ampliadas. Foram coletados dados pertinentes à extensão territorial e ao número de municípios de abrangência, disponibilizados pelo PDR-SUS/MG³; dados populacionais, conforme estimativas fornecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); número de estabelecimentos conforme tipo de prestador, de acordo com Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); dados da Resolubilidade no Elenco da Atenção Terciária, indicador calculado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), que mede o percentual da capacidade de atendimento ambulatorial e/ou hospitalar da população na região ampliada de residência em relação ao elenco de serviços esperados para este nível de atenção;

e, dados da tipologia nacional das regiões de saúde com base nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), disponibilizados no sítio eletrônico da pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil⁶.

Em seguida, partiu-se para a análise do comportamento das transferências federais realizadas no âmbito do Bloco MAC. Nessa etapa, os valores coletados foram corrigidos para dezembro de 2015 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE), tendo como base o número índice acumulado a partir do mês de transferência do recurso. As análises consideraram tanto a gestão do recurso – estadual e municipal –, como o componente de transferência, Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), que foi organizado em duas categorias, conforme ação/serviço/estratégia, tendo em vista o enfoque do trabalho:

- Limite MAC, que compreende os recursos que remuneram a produção, conforme lógica da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS; os incentivos hospitalares diversos, tais como 100% SUS, Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar, IntegraSUS, entre outros, e os programas e pagamentos diversos, como ações judiciais de medicamentos, ações contingenciais para enfrentamento da epidemia de dengue, etc.
- Recursos de Redes, composto por incentivos especificamente voltados às redes prioritárias, tais como Urgência e Emergência, Saúde Mental, Cegonha, entre outras.

Por fim, para conhecer o comportamento das transferências federais em relação às diretrizes estabelecidas na Portaria n. 4.279/10 e no Decreto n. 7.508/11, desenvolveu-se uma análise detalhada dos recursos de redes nas Regiões Ampliadas de Saúde. Para essa etapa, o primeiro passo foi compreender a política de financiamento de cada rede prioritária, identificando os tipos de incentivos estabelecidos, o quantitativo de portarias ministeriais que incorporam recursos para cada rede no estado e o montante repassado. Em seguida, a partir do exemplo da Rede de Urgência e Emergência, estudou-se a alocação efetiva do recurso transferido no território. Em Minas Gerais, a maioria dos municípios não detém a gestão de seus prestadores, conseqüentemente, parcela expressiva do recurso federal é transferida para o Fundo Estadual de Saúde (FES/MG), sem discriminação objetiva do beneficiário. Assim, foram consultadas no Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade – SIS-

MAC todas as portarias que incorporam recursos a essa rede, e verificadas na Programação Pactuada Integrada de Minas Gerais (PPI-MG), sua efetiva alocação, de forma que os valores sob gestão estadual tivessem seus credores identificados.

Resultados e discussão

O PDR-SUS/MG⁵ organiza os 853 municípios do estado em 77 Regiões de Saúde, que, por sua vez, formam 13 Regiões Ampliadas de Saúde. A Tabela 1 aborda alguns aspectos-chave para compreender a realidade dessas regiões.

A Região Ampliada Centro, apesar de corresponder a menos de 10% do território mineiro, compreende o segundo maior número de municípios (103), concentrando 31,3% da população do estado e a maior densidade demográfica (111,5 hab./Km²). A Região Jequitinhonha, apesar de abranger o menor número de municípios (23) e apresentar a menor população residente, apenas 1,4%, fica atrás da Região Noroeste em

termos de densidade populacional (8,7 hab./km²). Esses dados evidenciam um aspecto interessante do processo de regionalização do estado. O PDR/SUS-MG tem como pilares quatro princípios fundamentais: integralidade, economia de escala e escopo, acessibilidade e contiguidade geográfica. Dada as reconhecidas desigualdades regionais, esse instrumento define que, em caso de conflito entre acesso e escala, esse último princípio deve prevalecer. Por meio do cruzamento de indicadores que compõem as dimensões *Situação Socioeconômica e Oferta e Complexidade dos Serviços de Saúde*, a tipologia nacional classifica em cinco categorias as Regiões de Saúde, sendo o Grupo 1 caracterizado pelo baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços e o Grupo 5 pelo alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços⁶. Nota-se que em Minas, as Regiões Ampliadas são marcadas pela diversidade de cenários e predominância de médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços (Grupo 3). Enquanto nove das 13 Regiões Ampliadas abrangem pelo menos

Tabela 1. Caracterização das Regiões Ampliadas de Saúde, conforme população, extensão territorial, condições socioeconômicas e de saúde, tipo de prestador dos estabelecimentos de saúde e resolubilidade - Minas Gerais.

Região Ampliada de Saúde	População Residente* 2014	Extensão Territorial (Km ²)**	Municípios de abrangência**		Regiões de Saúde de abrangência conforme categoria de condições socioeconômicas e de saúde - 2016***					N. de estabelecimentos por tipo de prestador - 2014****			Resolub. (%)*****
			N	%	1	2	3	4	5	Público	Privado	Filant.	
Centro	6.480.169	58.120	103	12	1	1	5	2	1	1.897	8.215	75	99,53
Centro Sul	780.011	15.811	51	6	-	-	3	-	-	479	1.371	35	59,90
Jequitinhonha	296.870	20.567	23	3	2	-	-	-	-	212	176	9	48,93
Leste	1.523.095	32.447	86	10	4	-	3	-	-	699	1.458	22	85,07
Leste do Sul	694.964	15.169	53	6	2	-	1	-	-	426	866	20	57,50
Nordeste	931.946	56.641	63	7	6	1	1	-	-	627	639	29	61,86
Noroeste	691.080	79.594	33	4	-	2	1	-	-	388	759	21	63,85
Norte	1.661.130	122.880	86	10	7	1	1	-	-	1.090	739	21	95,97
Oeste	1.254.944	28.552	54	6	1	1	4	-	-	646	1.730	38	50,66
Sudeste	1.651.433	24.665	94	11	1	-	6	-	1	956	1.998	62	97,04
Sul	2.755.109	53.766	153	18	1	-	8	1	2	1.624	4.789	161	96,45
Triâng. do Norte	1.260.398	42.784	27	3	-	1	1	-	1	408	1.786	17	96,02
Triâng. do Sul	752.948	35.535	27	3	-	-	1	1	1	391	769	22	97,62
Total	20.734.097	586.529	853	100	25	7	35	4	6	9.843	25.295	532	89,80

Fontes: elaboração própria com base nos dados disponibilizados por: * IBGE - Estimativas de população; ** PDR-SUS/MG; *** Base de indicadores **** CNES/Datasus; ***** SES/SMACSS/DEAA.

uma região no Grupo 1, apenas cinco compreendem regiões classificadas na categoria de melhor desempenho.

Em relação aos estabelecimentos de saúde, observa-se que a região Centro concentra quase um terço do total de estabelecimentos do estado (35.670), o que reflete seu papel de referência. A análise segundo tipo de prestador, aponta que o Jequitinhonha, juntamente com as regiões Oeste e Norte, apresentam os maiores percentuais de prestadores públicos, respectivamente, 53%, 59% e 48%. Regiões essas que, historicamente, sofrem maiores intervenções por parte do estado, tendo em vista sua menor capacidade de oferta de serviços, dificuldade de fixação de profissionais, menor desenvolvimento socioeconômico, e/ou dificuldades de gestão da rede de serviços. As regiões Centro e Triângulo do Norte, figuram no outro extremo, com mais de 80% de prestadores privados. Em relação aos hospitais filantrópicos, observou-se que em todos os casos, o percentual de estabelecimentos cadastrados com esse tipo de prestador foi praticamente o mesmo, variando entre 1% e 2%.

Sobre essa relação entre público e privado, os achados de Viana et al.⁷ reforçam a importância da análise a partir da tríade proposta, tendo em vista que a descentralização promovida pela política de saúde brasileira, sem integração regional e com fragilidades na oferta pública de serviços de maior complexidade, com a presença de grandes vazios assistenciais, possibilitou o crescimento da oferta privada, financiada tanto pelo Estado na forma de renúncia fiscal, como por meio de pagamentos de planos e seguros.

Já a resolubilidade no elenco terciário confirma a discrepância regional também em termos de resultados em saúde. Novamente, Jequitinhonha se destaca com o pior desempenho. Menos da metade da demanda terciária dos residentes foi atendida na própria Região Ampliada, no ano de 2014. Esse resultado não surpreende, tendo em vista a baixa estruturação da oferta já observada. Desempenho semelhante ocorreu na Oeste, que apresenta problemas na oferta e no gerenciamento da rede. O cenário sugere que apenas mecanismos de transferências de recursos na lógica de remuneração por produção, tendo como limites financeiro os parâmetros populacionais construídos a partir de série histórica, modelo adotado desde a década de 1980 e coexistente até os dias atuais não serão suficientes para transformar a situação nessas regiões.

Compreendendo a regionalização como um processo de natureza técnico-político, condi-

cionado pela capacidade de oferta, pelo financiamento da atenção à saúde, pela distribuição de poder e pelas relações estabelecidas entre os diversos atores nos vários territórios⁸, observa-se que a Portaria n. 4.279/10 e o Decreto n. 7.508/11, deparam-se em Minas com grandes desafios frente a diversas realidades regionais.

O estudo do comportamento das transferências federais, tendo em vista a hegemonia fiscal da União e seu importante papel redistributivo no sistema, revela-se fundamental para sinalizar alternativas capazes de promover uma organização mais equilibrada do SUS, reduzindo as desigualdades regionais vigentes.

A análise do financiamento federal do Bloco MAC do SUS/MG revela que no período de 2006 a 2014 foram realizadas 75.803 transferências bancárias do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estadual e Municipais do estado, sendo que 372 (0,5%) foram canceladas devido à domicílio bancário inexistente (96%), favorecido incompatível (2,2%), saque não realizado em 7 dias por ausência de relação (1,6%) e pelo gestor após remessa ao banco (0,2%). Em valores brutos atualizados para dezembro de 2015, as transferências efetivadas no período totalizaram R\$ 36.921.676.203,27. Desse montante R\$ 4.975.898.811,61 (13,5%), foram descontados na fonte pelo FNS em decorrência de empréstimos consignados, Termo de Cessão de Crédito, Hospitais Universitários/Ebserh, PROSUS, CONASS, CONASEMS, entre outros. Assim, a quantia líquida repassada para custeio da média e alta complexidade no estado foi de R\$ 31.945.777.391,01 (86,5%).

O Gráfico 1 apresenta o comportamento das transferências federais para o Bloco MAC no âmbito do SUS/MG nos nove anos em questão, conforme gestão dos recursos e categoria de componente.

Nota-se uma tendência de aumento dos recursos para custeio da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, à exceção do ano de 2013, com queda em relação ao exercício anterior, apesar dos valores nominais indicarem aumento de R\$ 186.065.730,72 em relação a 2012. Como afirma Ugá et al.⁹, apesar dos valores constantes, isto é, deflacionados, indicarem um aumento dos gastos federais em saúde, a fração em relação ao PIB evidencia tendência de estabilização ou redução da contribuição da União. Essa queda da participação federal no financiamento da saúde é expressiva ao longo do processo de consolidação do SUS, passando de 72% do gasto público em saúde na década de 1980, para pouco mais de

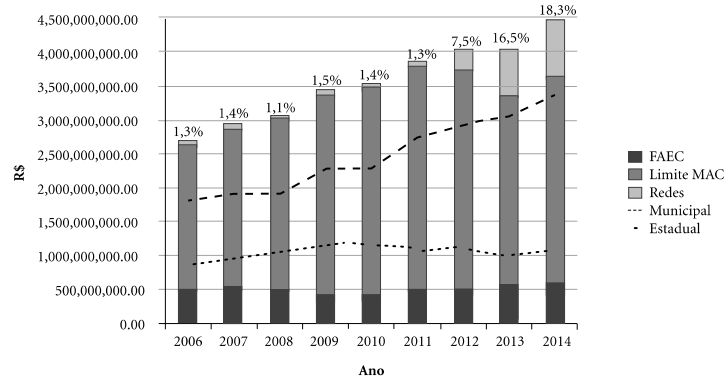


Gráfico 1. Comportamento do financiamento federal do Bloco MAC no âmbito do SUS/MG por gestão do recurso e categoria de componente – Minas Gerais – 2006 – 2014.

Fonte: elaboração própria a partir de dados do FNS, valores corrigidos pelo IPCA.

45% em 2010, o que é preocupante dada a forte dependência das esferas subnacionais no contexto de descentralização.

Do ponto de vista da descentralização dos recursos, o arcabouço institucional do SUS define duas modalidades de gestão para os municípios: gestão plena da atenção básica, na qual cabe ao estado assumir a gestão dos prestadores de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; e, gestão plena do sistema, que confere ao gestor municipal autonomia para gerir as ações relativas à promoção, proteção e recuperação da saúde em seu território, sendo os recursos transferidos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde⁹.

Sobre esse aspecto, observa-se que 71,8% do montante repassado no período foram descentralizados diretamente para os municípios, com decorrente aumento da autonomia municipal, passando de 70% em 2006, para 75,1% em 2014. Destaca-se que, em 2006, apenas 59 municípios geriam os prestadores, passando para 84 em dezembro de 2014. Atualmente, 122 municípios mantêm gestão plena do sistema, o que significa que a esfera estadual ainda é responsável pela gestão de prestadores de 86% dos municípios mineiros, acumulando as responsabilidades de coordenador do sistema no seu território, condutor do processo de regionalização, copartícipe do financiamento e executor dos recursos transferidos pela União.

Quanto à análise por componente, observa-se que o Limite MAC concentrou o maior volume de recursos em todos os anos, compreendendo 78,97% do total repassado no período. O nível de recursos destinados ao FAEC manteve-se estável, variando de 13% a 19% do total anual. Os recursos destinados ao financiamento das redes de atenção sugerem a adoção, no âmbito do governo federal, de medidas para adequar o financiamento da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar aos preceitos da Portaria nº 4.279/10 e do Decreto nº 7.508/11. Em 2010, ano de publicação da portaria, os recursos identificados pelo FNS como específicos para redes temáticas, estavam na ordem de 1,4% do total anual, patamar bem semelhante ao dos quatro anos anteriores da normativa. Em 2011, esse percentual se manteve (1,3%), o que pode indicar um período de elaboração de novos mecanismos/critérios de alocação de recursos alinhados às diretrizes da RAS e, em 2012, esse percentual passou para 7,5%, mais que dobrando em 2013 (16,5%) e chegando a quase 20% dos recursos totais do Bloco em 2014, indicando que esses mecanismos evoluíram durante o processo de maturação do modelo na política nacional de saúde.

Esses achados confirmam os esforços de superação do modelo de remuneração por procedimentos, estabelecido na década de 1980 e vigente até os dias atuais, sabidamente indutor de uma produção fragmentada e pouco eficiente do cui-

dado. As opções encontradas apontam para adoção de dois principais tipos de mecanismos de alocação: incentivos financeiros, que têm como característica a busca por melhoria da qualidade da atenção prestada ao usuário, estando o repasse atrelado a metas e seu pagamento feito de maneira pré-fixada; e, orçamentação global de serviços, caracterizada por repasses periódicos de um valor anual de recursos definido por meio de programação orçamentária, que embora formalmente calculado com base em uma produção esperada para o período em questão, dando, portanto, maior previsibilidade do gasto para o gestor e da receita para o prestador, não está vinculado à efetiva produção dos serviços esperados¹⁰.

Tais resultados reforçam também a visão de Santos e Luiz¹¹, que defendem que os repasses federais têm sido utilizados pelo Ministério da Saúde para induzir políticas, entre elas o processo de estruturação das redes, e esclarecem que o montante repassado não tem se revelado suficiente para a implantação das RAS em todas as unidades federadas, o que além de comprometer a política nacional, tem sobrecarregado estados e municípios, sobretudo a partir de 2014, com o cenário de restrições orçamentárias, seja por falta de reajuste dos valores de custeio, seja pela falta de repasses a serviços já previstos em planos de ação.

Fazendo a interface da realidade brasileira com os achados internacionais, Cashin et al.¹² destacam que os mecanismos de alocação e as formas de repasse aos prestadores, em especial os de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, têm um impacto importante no volume e na qualidade dos serviços ofertados. Nesse sentido, tem sido observado um crescimento do número de critérios e mecanismos de repasses que buscam alinhar o pagamento de incentivos com os objetivos dos sistemas de saúde. Os autores destacam que essas iniciativas, que têm sua origem remontada a experiências adotadas na iniciativa privada nos Estados Unidos no início da década de 1990, vêm sendo desenvolvidas em uma grande variedade de países, citando não apenas o Brasil, como Reino Unido, Alemanha, China, Índia e até países de baixa renda como Ruanda.

A Tabela 2 categoriza os recursos por componente e Região Ampliada de Saúde, conforme valores descentralizados para os municípios de abrangência, para os anos de 2006, 2010 e 2014. Os recursos transferidos para o FES/MG, constam em linhas específicas.

A Região Ampliada Centro concentra a maioria dos recursos, independente do componente.

No SUS/MG, foi deliberado que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), por serem financiados na lógica da orçamentação global, têm gestão descentralizada para o município, ainda que este não detenha a gestão plena do sistema. Assim, no estado, o componente redes, por si, já apresenta um caráter mais descentralizado, o que explica o fato do Jequitinhonha apresentar a maior variação de recursos descentralizados no período pós Portaria nº 4.279/10 (1017%), ainda que não tenha nenhum município pleno à época.

A fim de compreender melhor os mecanismos e os critérios de alocação específicos do componente MAC, foram analisadas as portarias ministeriais que alocam recursos para redes prioritárias no SUS/MG. A Tabela 3 apresenta características dessas redes, como o quantitativo de portarias que incorporam recursos, tipos de incentivos estabelecidos para cada rede, valores totais transferidos e o número de regiões ampliadas beneficiadas nos anos de 2006, 2010 e 2014. Os recursos destinados à Rede de Controle do Câncer não foram contemplados no detalhamento, pois as três portarias que incorporam recursos, o fazem na lógica de pagamento por procedimentos, sendo programados na PPI/MG não como incentivo, mas como valores acrescidos nos tetos de produção hospitalar e ambulatorial.

Do ponto de vista da gestão, dois aspectos chamam a atenção. Primeiro, o grande quantitativo de portarias de incorporação de recursos (262), o que indica que o processo de financiamento das redes e sua expansão no território se deu gradativamente, o que é confirmado na análise do número de Regiões Ampliadas contempladas por ano.

O segundo aspecto relaciona-se à multiplicidade de incentivos estabelecidos nas diferentes redes. Esses incentivos, por apresentarem lógicas de financiamento distintas e por muitas vezes o seu repasse estar condicionado ao desempenho apurado em um rol de indicadores específico para cada rede, demandam a formalização de diversos instrumentos contratuais, tornando mais complexa a relação entre gestores e prestadores.

A variedade de incentivos também remete à outra questão importante. Os repasses de recursos com destino pré-definido pelo governo federal tendem a ter como consequência o comprometimento da autonomia das instâncias subnacionais, uma vez que não permitem a aplicação conforme as necessidades locais regionais.

Tabela 2. Valores transferidos por Região Ampliada de Saúde por componente por ano, em milhões de reais - Minas Gerais - 2006, 2010, 2014.

Região Ampliada de Saúde	2006 (R\$ milhões)				2010 (R\$ milhões)				Variação 2006 -2010 (%)
	FAEC	Limite MAC	Redes	Total	FAEC	Limite MAC	Redes	Total	
Centro	164,84	695,91	18,07	878,81	149,63	941,34	16,49	1107,46	34,56
Centro Sul	19,84	63,22	1,32	84,38	16,14	83,81	1,17	101,12	26,02
FES/MG	143,35	734,67	0	878,02	96,23	1.070,69	14,54	1181,46	19,85
Jequitinh.	0	0	0,17	0,17	0	0	0,28	0,28	66,22
Leste	24,38	96,15	3,83	124,36	25,22	138,83	3,47	167,53	34,72
Leste do Sul	14,68	34,81	0,17	49,66	14,1	53,09	0,14	67,32	35,57
Nordeste	10,27	25,98	0,17	36,42	9,58	36,56	0,34	46,48	27,62
Noroeste	8,41	31,29	1,66	41,36	6,68	40,59	1,28	48,54	17,35
Norte	23,45	108,8	2,74	134,99	13,68	150,27	1,44	165,38	22,51
Oeste	17	56,23	0,83	74,06	14,69	69,3	1,94	85,93	16,04
Sudeste	26,83	115,5	2,94	145,27	25	179,78	2,76	207,54	42,87
Sul	24,42	67,82	1,16	93,4	24,17	115,2	2,57	141,94	51,97
Triâng. do Norte	23,98	46,04	0,32	70,35	24,4	100,67	0,45	125,52	78,44
Triâng. do Sul	9,91	42,79	0,29	53	6,12	66,86	1,82	74,8	41,14
Total	511,37	2.119,19	33,66	2.664,23	425,65	3.046,99	48,69	3.521,32	32,17

Região Ampliada de Saúde	2014 (R\$ milhões)				Variação 2010 -2014 (%)
	FAEC	Limite MAC	Redes	Total	
Centro	215,84	1054,11	366,18	1636,13	2,54
Centro Sul	18,25	75,49	19,44	113,18	47,74
FES/MG	156,77	850,28	204,41	1211,45	11,92
Jequitinh.	0	1,29	1,83	3,12	1017,37
Leste	34,71	158,07	44,33	237,11	41,53
Leste do Sul	17,31	66,08	9,43	92,81	37,86
Nordeste	11,19	50,68	13,99	75,86	63,21
Noroeste	8,37	40,37	7,3	56,04	15,44
Norte	32,96	160,88	38,58	232,42	40,53
Oeste	17,72	67,93	14,07	99,71	16,03
Sudeste	24,11	165,37	40,34	229,81	10,73
Sul	28,84	175,7	29,6	234,13	64,95
Triâng. do Norte	35,52	122,12	9,34	166,97	33,02
Triâng. do Sul	7,84	48,65	18,78	75,27	0,63
Total	609,4	3.037,03	817,59	4.464,02	26,77

Fonte: elaboração própria a partir dos dados coletados no FNS

Assim, embora os mecanismos de financiamento estabelecidos a partir do advento da Portaria nº 4.279/2010 tenham caminhado para a superação dos critérios populacionais de repasse, a forma como o processo tem sido conduzido pode vir

a reduzir o princípio da descentralização à mera desconcentração de recursos.

Ainda sobre esse aspecto, há de se ponderar que sendo os recursos federais fontes cruciais para o financiamento do SUS, seu volume não

Tabela 3. Recursos federais transferidos, quantitativo de portarias ministeriais, e tipos de incentivos, por rede - Minas Gerais - 2006, 2010 e 2014.

Rede	N. PT. GM/MS	Tipos de Incentivos	2006	2010	2014	Total 2006 a 2014 (R\$)
			Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	
Rede Cegonha (RCEG)	25	Casa de Gestante, Bebê e Puérpera, Centros de Parto Normal, Habil./ Qualif. leitos para Gestante de Alto Risco, Habil./Qual. leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional e Canguru, Habil./Qualif. leitos de UTI Neonatal e Adulto tipos II e III	-	-	61.837.929,69	172.705.091,64
Regiões Ampliadas contempladas - RCEG			-	-	12	
Rede de Cuidados à Pessoa Port. de Defic. (RDEF)	13	Centros de Especialidades Odontológicas (CEO-RAPD), Centros Especializados em Reabilitação, Oficinas Ortopédicas	-	-	34.684.851,64	47.381.953,62
Regiões Ampliadas contempladas - RDEF			-	-	13	
Rede de Saúde Bucal (RSB)	25	CEO, LRPD	7.960.075,59	9.939.340,03	32.051.031,44	130.239.987,03
Regiões Ampliadas contempladas - RSB			13	13	13	
Rede de Saúde Mental (RSME)	74	CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidades de Acolhimento, Serviço de leito de saúde mental em Hospital Geral de Referência	-	-	138.169.591,37	250.200.050,93
Regiões Ampliadas contempladas - RSME			-	-	13	
Rede de Urgência e Emergência (RUE)	125	SAMU, UPA, Habil./ Qualif. leitos de retaguarda clínica, Habil./Qualif. leitos de UTI Adulto ou Infantil Tipos II e III, Habilitação de leitos de Terapia Intensiva Coronariana - UCO tipos II e III, Portas de Entrada de Urgência, Leitos de Cuidados Prolongados	25.700.585,36	37.691.911,19	459.579.856,13	1.256.930.337,63
Regiões Ampliadas contempladas - RUE			6	8	12	
Total*	262		- 33.660.660,95	47.631.251,22	817.589.841,38	2.043.414.089,85

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo FNS, valores corrigidos pelo IPCA disponibilizados pelo IPEA e nos dados de Portarias Ministeriais fornecidos pelo SISMAC.

Nota: * os valores totais contemplam os valores da Rede de Controle do Câncer.

apenas deveria ser elevado, como deveria haver um equilíbrio na sua alocação, capaz de abarcar uma proposta global de redistribuição, orientada

por critérios gerais de definição de prioridades, coerentes com o modelo de atenção pretendido, sendo operacionalizada por meio de transferên-

cias automáticas não vinculadas a programas estabelecidos¹³, o que poderia reduzir o embate entre arrecadação, autonomia e cooperação.

Em relação ao volume de recursos, 61,5% foi destinado à Rede de Urgência e Emergência (RUE), percentual bem superior ao da Rede de Saúde Mental, que foi a segunda que mais recebeu recursos descentralizados (12,2%). A Rede de Cuidados à Pessoa Portadora de Deficiência foi a que menos recebeu, apenas 2% do total de recursos descentralizados nos nove anos em análise.

A fim de verificar se os critérios adotados pela política nacional de implantação de redes tem contribuído para a redução das desigualdades regionais, foi desenvolvido um estudo de caso da Rede de Urgências e Emergências - RUE, no qual, a partir da análise das portarias ministeriais e deliberações CIB-SUS/MG, identificou-se os destinatários finais dos recursos transferidos para o FES/MG no âmbito dessa rede para os anos de 2006, 2010 e 2014.

A Figura 1 ilustra a evolução dos repasses pertinentes à RUE por Região Ampliada de Saúde, considerando a destinação final do recurso, independente da gestão do mesmo, sendo destacado os valores per capita em reais. Do total de recursos repassados para a rede, apenas 0,5% não tiveram destinação identificada, seja por ainda estarem macroalocados na PPI/MG, ou por não

ter sido possível identificar a qual portaria ministerial a transferência realizada se referia.

Os mapas evidenciam o processo de expansão e consolidação da RUE no território mineiro. Em 2006, enquanto ainda não se tinha estruturada a proposta da política de rede, apenas seis Regiões Ampliadas receberam incentivos destinados à atenção às urgências, especificamente para o custeio dos SAMU. Em 2010, essa política de incentivo para estruturação do SAMU alcançava nove regiões. Com a publicação da Portaria nº 2.395/11, que estabelece as diretrizes para a RUE, começa-se a observar a diversificação dos tipos de incentivos a partir de 2012, chegando, em 2014, com 100% das Regiões Ampliadas recebendo algum tipo de incentivo.

Nota-se também a evolução do quantitativo de recursos repassados para a implantação da RUE no estado. Enquanto em 2006 foram transferidos R\$ 25.700.585,36, sendo 61,7% destinados à região Centro, em 2010, o valor repassado passou para R\$ 37.691.911,21, já com uma divisão mais desconcentrada no território, sendo 38% alocados na região Centro, 35% na Norte, que apresentou o maior valor per capita (R\$8,44), e o restante variando entre 7% e 2% nas sete outras Regiões Ampliadas contempladas, sendo o menor per capita observado na região Sul (R\$ 0,44). Em 2014, o total transferido foi

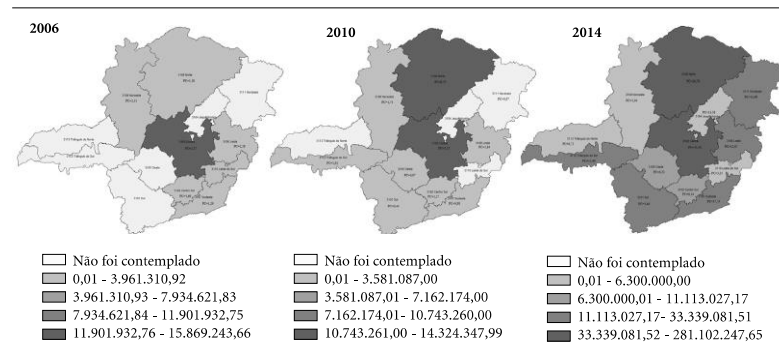


Figura 1. Evolução dos repasses pertinentes à RUE por Região Ampliada de Saúde – Minas Gerais – 2006, 2010 e 2014.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo FNS, portarias ministeriais e deliberações CIB-SUS/MG.

R\$ 437.843.480,79, mais de onze vezes maior do que no ano do advento da Portaria nº 4.279/10, sendo que todos os valores per capita apresentaram um aumento em relação à 2010, refletindo a decisão do governo federal em operacionalizar as diretrizes propostas na normativa. Ainda nesse ano, observa-se que apesar de todas as Regiões Ampliadas terem recebido incentivos da RUE, novamente houve concentração de recursos na região Centro (64%), ficando a Norte, com 10% e os outros 26% divididos entre as outras 11.

Entre as considerações finais do estudo de caso de Minas Gerais, tem-se que a Portaria 4.279/10 e o Decreto 7.508/11 conseguiram viabilizar tanto um aporte significativo de recursos, quanto mecanismos inovadores de financiamento, o que tem contribuído para a expansão da implantação do modelo de rede de atenção nas várias regiões do estado. À luz da tríade financiamento, descentralização e regionalização, conclui-se que gestores municipais gradativamente vêm assumindo um conjunto de novas responsabilidades, seja na contratualização de serviços, na pactuação de indicadores, na execução de recursos ou na mediação de conflitos dos diversos atores envolvidos no processo de consolidação das RAS. Contudo, apesar do aumento de au-

tonomia, ainda são evidentes as imposições por parte do governo federal em relação ao acesso aos recursos financeiros que permitem incrementar o financiamento da média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial. O aumento do volume de repasses feitos mediante incentivos múltiplos e predefinidos pelo Ministério da Saúde, tende a preocupar na medida em que torna mais complexo o papel das esferas subnacionais e limita a sua possibilidade de alocação conforme as especificidades locorregionais. Debates sobre os mecanismos de alocação de recursos devem ser expandidos, trazendo à tona não apenas critérios quantitativos de repasse, mas questões pertinentes aos dilemas presentes na dinâmica do SUS, tais como autonomia versus responsabilidades versus capacidade de arrecadação versus capacidade de operacionalização.

Nesse contexto, fica evidente que os resultados esperados para cada Região Ampliada de Saúde só poderão ser alcançados, se houver um fortalecimento e um amadurecimento dessas relações interfederativas, de forma a haver uma convergência de esforços para redução das desigualdades e efetiva garantia dos direitos constitucionais.

Colaboradores

LMC Moreira trabalhou na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada. F Ferré trabalhou na concepção e delineamento do estudo, interpretação da análise de dados, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. EIG Andrade trabalhou na concepção e delineamento do estudo, na análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. Leita VR, Lima KC, Vasconcelos CM. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1849-1856.
2. Albuquerque MV. *O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.
3. Brasil. Portaria GM/MS nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2010; 30 dez.
4. Brasil. Decreto nº. 7.508, de 18 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 18 jun.
5. Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.979, de 18 de novembro de 2014. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização - PDR-SUS/MG 2014. [acessado 2016 maio 20]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del_%201979%20-%20PDR%202014.pdf#page=2
6. Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil [homepage na internet]. Banco de indicadores regionais e tipologias [acessado 2016 mar 27]. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/indicadores/view/>
7. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS, Demarzo MMP, Ferreira MP. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saude Soc.* 2015; 24(2):413-422.
8. Lima LD, Viana ALD, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL, Scatena JHG, Mello GA, Pereira AMM, Coelho APS. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2881-2892.
9. Ugá MAD, Porto SM, Piola SF. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 395-425.
10. Ugá MAD. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde - a experiência internacional. *Cien Saude Colet* 2012; 17(12):3437-3445.
11. Santos RJM, Luiz VR. Transferências federais no financiamento da descentralização. In: Marques RM, Piola SF, Roas AC, organizadores. *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABRES, Ministério da Saúde, OPAS/OMS no Brasil; 2016. p. 169-204.
12. Cashin C, Chi Y, Smith PC, Borowitz M, Thomson S. *Paying for Performance in Health Care: Implications for health system performance and accountability*. New York: Open University Press; 2014.
13. Mendes AN, Santos SBS. Financiamento descentralizado da saúde: a contribuição dos municípios paulistas. *Saude Soc.* 2016; 9(1-2):111-125.

Artigo apresentado em 30/04/2016

Aprovado em 04/08/2016

Versão final apresentada em 13/10/2016

ANEXO B

Inovações nos critérios de alocação de recursos federais para custeio da média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial: reflexões a partir do processo de implantação das redes de atenção em Minas Gerais.

Laura Monteiro de Castro Moreira¹⁴

Felipe Ferré¹

Eli Iola Gurgel Andrade¹

Mariângela Leal Cherchiglia¹

RESUMO

A plena materialização do direito à saúde demanda a consolidação de um sistema nacional capaz de, simultaneamente, abordar a heterogeneidade das necessidades regionais e reduzir as desigualdades existentes. Entre os esforços normativos mais recentes para superar a intensa fragmentação e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) destacam-se a Portaria n. 4.279/10 e o Decreto n. 7.508/11, que reforçam a necessidade de consolidar a região de saúde como o recorte privilegiado para a indução e integração de políticas, expansão do financiamento intergovernamental cooperativo e estruturação da rede de atenção. A partir do estudo de caso de Minas Gerais, objetiva-se verificar o avanço dos critérios de alocação de recursos federais para o custeio da média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial (MAC) em relação às diretrizes propostas por essas normativas. Trata-se de um estudo analítico descritivo dos dados disponibilizados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) para custeio do Bloco MAC, no período de 2006 a 2014, conforme regime de caixa. Os valores foram corrigidos para dezembro de 2015 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo e organizados conforme Região Ampliada de Saúde e componente de financiamento: Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, esse classificado em Limite MAC, compreendendo recursos que remuneram a produção, conforme Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e demais programas e incentivos hospitalares, e, Recursos de

¹⁴ Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Redes, composto por incentivos especificamente voltados às redes prioritárias estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Verificou-se tendência de aumento dos recursos para custeio da MAC, à exceção do ano de 2013. Observou-se que 72% dos recursos no período foram repassados diretamente para os municípios. A análise por componente mostrou que o Limite MAC concentrou o maior volume de recursos em todos os anos, compreendendo 79% do total repassado. O nível de recursos destinados ao FAEC manteve-se estável, variando de 13% a 19% do total anual. Os recursos destinados ao financiamento das redes passaram de 1,4% do total no ano de publicação da Portaria, para quase 20% em 2014, indicando que esses mecanismos foram evoluindo durante o processo de maturação do modelo de rede na política nacional de saúde. Conclui-se que as diretrizes estabelecidas nas normativas estudadas viabilizaram tanto um aporte significativo de recursos, quanto mecanismos inovadores de financiamento, o que contribuiu para o aumento de autonomia municipal e a expansão da implantação do modelo de rede no estado. Contudo, é evidente o aumento das imposições por parte do governo federal em relação ao acesso aos recursos financeiros que permitem incrementar o financiamento da média e alta complexidade, o que além de tornar o papel das esferas subnacionais mais complexo, limita a possibilidade de alocação conforme as especificidades regionais.

Palavras-chave: Financiamento da Assistência à Saúde, Regionalização, Descentralização

ANEXO C



Certificamos que **LAURA M. C. MOREIRA**
Participou do *XII Encontro Nacional de Economia Saúde*, realizado
nos dias 24, 25 e 26 de agosto de 2016, na cidade de Salvador – BA.



Rosa Maria Marques
Presidente da ABrES



Sebastião Loureiro
Coordenação Científica



Ministério da
Saúde



ANEXO D

O FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DA REALIDADE DECLARADA POR MUNICÍPIOS BRASILEIROS ENTRE 2007 E 2015

Introdução: Um dos principais desafios do SUS, o financiamento público em saúde vem passando por sucessivas mudanças normativas sem, no entanto, alcançar níveis capazes de garantir cobertura universal e integral ao brasileiros. Desde o compromisso tripartite estabelecido pela Constituição Federal de 1988, passando pela Lei 8142/90, Emenda Constitucional- EC 29/00, Lei Complementar n. 141/12, EC 86/15, além de diversos regramentos ministeriais, complexa e dinâmica tem sido a configuração do financiamento do sistema, tanto em relação às suas fontes, quanto aos critérios de alocação e transferência de recursos entre entes, e os gastos realizados em ações e serviços públicos de saúde. E as mudanças parecem não se encerrar, tendo em vista a aprovação da EC 95/16 que estabelece teto de gastos federais, a recente proposta de revisão da Portaria GM/MS 204/06, e a alarmante crise fiscal por que vem passando Estados e Municípios. Diante desse contexto, faz-se ainda mais necessário um monitoramento sistemático dos recursos disponíveis e executados no âmbito do SUS para qualificação de sua gestão e fortalecimento do debate sobre a temática na agenda política.

Objetivos: Analisar a evolução e a composição do financiamento público em saúde a partir das receitas e despesas informadas pelos municípios brasileiros no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), no período de 2007 a 2015. Para isso, descreve-se o comportamento das despesas de acordo com as fases de execução, das receitas conforme participação por ente financiador e a relação entre os recursos disponíveis e sua aplicação.

Metodologia: Trata-se de um estudo analítico descritivo, desenvolvido a partir dos dados informados ao SIOPS, por 5569 municípios brasileiros, no período de 2007 a 2015. As despesas foram consolidadas por fase (dotação, empenho, liquidação e pagamento) e por natureza da despesa (considerando-se despesa de capital aquelas pertinentes aos recursos do bloco de investimento e como de custeio as despesas realizadas no âmbito dos demais blocos, excetuadas as não especificadas). As receitas foram organizadas conforme ente financiador (União, Estados, Municípios, transferência entre municípios e outros créditos e rendimentos). Para a análise, os valores nominais declarados foram corrigidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE) para dezembro de 2015, tendo como base o número índice acumulado a partir do ano de transferência do recurso.

Resultados e Discussão: Em 2007 e 2008 não há dados para dotações e a declaração das demais fases da despesa foi feita apenas por 21% dos municípios. A partir de 2009, há aumento dos gastos, passando do total empenhado de R\$94 bilhões, para R\$135 bilhões em 2014, havendo queda para R\$128 bilhões em 2015, apesar dos valores nominais indicarem aumento de mais de R\$5,8 bilhões entre esses anos.

Os pagamentos têm a mesma tendência, embora note-se um aumento dos restos a pagar, principalmente a partir de 2012, chegando a 8,4% (quase R\$11 bilhões) do empenhado em 2015. A declaração das receitas em 2007 e 2008 restringiu-se às provenientes dos Estados e União. Há aumento dos recursos disponíveis para o SUS, de R\$120 bilhões em 2009 para R\$137 bilhões em 2014, com queda de 4,4% em 2015, apesar dos dados nominais indicarem aumento de R\$7 bilhões. Há predomínio do financiamento municipal (58%), seguido pela União (35%) e Estados (3%). Outros créditos somam 4% e a transferência entre municípios não alcançou 1%. Receitas sem empenho diminuíram, principalmente depois de 2012, passando de quase R\$6 bilhões em 2011, para R\$3 bilhões em 2015. Despesas e receitas de capital representam, respectivamente, 3% e 4% do total.

Conclusões / Considerações finais: Apesar do aumento dos recursos disponíveis para o SUS e do gasto público em saúde no período analisado, os resultados evidenciam a incerteza que permeia o financiamento do sistema e seu patamar ainda incompatível com uma política de saúde universal e integral. Confirma-se a sobrecarga dos municípios, com uma contribuição cada vez mais restrita ao piso legal por parte da União e Estados. Predominam os recursos de custeio, com baixo investimento para consolidação de uma rede própria de serviços. Com a Lei Complementar n. 141, nota-se que os recursos disponibilizados tem sido executados em maior percentual, no entanto, esse compromisso mostra-se mais efetivo no campo orçamentário do que financeiro, dado o aumento dos restos a pagar. Destaca-se a importância da lei para consolidação do SIOPS como ferramenta estratégica para monitoramento do financiamento público em saúde. Estudos contemplando dados dos Estados e União são necessários para um diagnóstico completo do compromisso tripartite.

Referências

MARQUES, RM; MENDES, Á. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. *Econ. soc.*, Campinas, v. 21, n. 2, p. 345-362, ago. 2012

Ugá MAD, Porto SM, Piola SF. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 395-425.

Ugá MAD, Porto SM, Piola SF. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 395-425.

BRASIL. Presidência da República. Lei complementar nº141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm

ANEXO E



III CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE

Estado e Democracia:
O SUS como direito social

De 01 a 04 de maio de 2017,
Natal/RN

C E R T I F I C A D O

Certificamos que o trabalho

O FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DA REALIDADE DECLARADA POR MUNICÍPIOS BRASILEIROS ENTRE 2007 E 2015

dos autores: LAURA MONTEIRO DE CASTRO MOREIRA; FELIPE FERRÉ; ELI IOLA GURGEL ANDRADE; MARIÂNGELA LEAL CHERCHIGLIA, foi apresentado na modalidade Comunicação Coordenada, no 3º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde ocorrido de 01 a 04 de maio de 2017 na UFRN em Natal/RN.

Natal, 04 de maio de 2017

Cipriano Maia de Vasconcelos
Presidente do Congresso

Gastão Wagner de Sousa Campos
Presidente da ABRASCO



ANEXO F

TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS FUNDO A FUNDO: UM PANORAMA A PARTIR DOS DADOS DECLARADOS PELOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS ENTRE 2007 E 2015

Introdução: Apesar da descentralização fiscal, consolidada pela Constituição de 1988, ter possibilitado ampliação significativa de transferências de recursos e maior capacidade de arrecadação por estados e municípios, ainda não se alcançou, no campo das políticas sociais, em especial na saúde, um pacto capaz de alcançar uma equivalência entre o arranjo tributário posto e as atribuições e competências conferidas às esferas subnacionais. Nesse sentido, as transferências federais tem um papel fundamental para a sustentabilidade do SUS. A Portaria GM/MS n.204/07 dispõe sobre a organização dessas transferências em blocos de financiamento. Esse regramento tem sido questionado tanto pelas implicações práticas desse modelo, como engessamento da capacidade de gestão descentralizada e institucionalização da fragmentação, quanto em relação às novas disposições trazidas pela Lei Complementar n.141/12, que compreendem essas transferências como decorrentes do mandamento constitucional, e não como de caráter voluntário, permitindo livre alocação conforme os planos de saúde. Um retrato da situação atual dos repasses tem como intuito contribuir com essa pauta em voga nas arenas de discussão.

Objetivos: Traçar panorama das transferências federais fundo a fundo a partir da análise das despesas e receitas informadas pelos municípios brasileiros no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), nos anos de 2007 a 2015. Busca-se descrever os recursos disponibilizados para cada bloco de financiamento previsto pela Portaria GM/MS 204/07, o perfil das transferências intergovernamentais e a alocação de recursos próprios, e a evolução da execução dos recursos no âmbito de cada bloco.

Metodologia: Foram coletados no SIOPS dados pertinentes às receitas e despesas declaradas por 5569 municípios brasileiros, para o período de 2007 a 2015. Os dados foram organizados por bloco de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial - MAC, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS, Investimentos, e outros, que incluem dados relacionados à convênios, prestação de serviço ao SUS, outras receitas) e analisados por ente financiador (União, Estados, Municípios,

transferência entre municípios e outros créditos e rendimentos) e por fase de execução da despesa (dotação, empenho, liquidação e pagamento). A análise considerou os valores nominais declarados e os mesmos corrigidos para dezembro de 2015 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE), tendo como base o número índice acumulado a partir do ano de transferência do recurso.

Resultados e Discussão: A receita declarada no período foi R\$939 bilhões, sendo, em 2007 e 2008, só informadas transferências federais e estaduais. De 2009 a 2015, receitas sem vinculação específica de bloco corresponderam de 30% a 42% do recurso total, revelando que a União ateu-se à regra de bloco, repassando só 3% via outras transferências, priorizando a MAC (52%) e a atenção básica (35%). Estados transferiram 34% sem vinculação, 19% à MAC e 17% para atenção básica e os municípios tiveram 35% de livre alocação, 26% em atenção básica e 14% em MAC. A transferência entre municípios concentra-se na remuneração de serviços prestados e no bloco MAC. A receita cresceu em todos os blocos até 2014, caindo 4% no total em 2015, apesar dos dados nominais indicarem aumento. Maiores quedas no investimento (21%) e na vigilância em saúde (14%). Despesas empenhadas somaram R\$894 bilhões (95% da receita dos blocos). Gestão e assistência farmacêutica empenharam mais que 100% em dois anos. Investimentos tiveram empenho médio de 67%. Pagamentos totalizaram R\$771 bilhões, representando execução média de 85% dos blocos, exceto o de gestão, que superou a receita do período, e o de investimento, que foi de 54%.

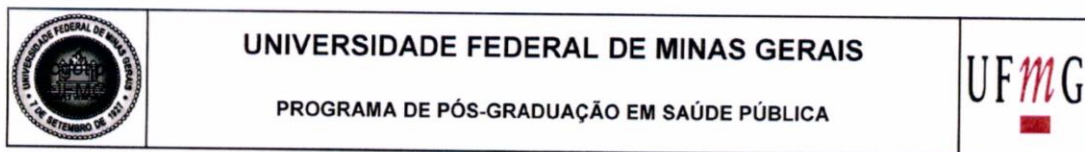
Conclusões / Considerações finais: Conclui-se que a transferência de recursos federais conforme blocos de financiamento não é capaz de captar as nuances das diversas realidades locossanitárias, tendo em vista que Estados e Municípios apresentaram alocação distinta desse modelo no período analisado, sugerindo tentativa de compatibilizar o aporte de recursos às demandas e ofertas locorregionais. A revisão da Portaria n.204/07 recém aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite, representa um ganho na autonomia de gestão na aplicação descentralizada de recursos e reflete uma adequação da estrutura operacional do sistema aos preceitos introduzidos pela Lei Complementar n.141/12. Todavia, deve-se ter cautela nessa transição, pois a simples mudança para transferência conforme categorias econômicas de custeio e capital, sem regras claras de monitoramento e controle, e sem diretrizes bem definidas sobre as prioridades da política de saúde podem comprometer os resultados a serem alcançados pelo SUS.

Referências: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, DF, 31 jan. 2007. Diário Oficial da União. Seção 1, p. 45-51

BRASIL. Presidência da República. Lei complementar nº141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE. CONASS Informa n. 28/17. 31 de janeiro de 2017. Disponível em: <http://www.conass.org.br/conass-informa-n-2817-decisao-da-cit-aumenta-autonomia-da-gestao-e-eficiencia-do-sus/>

ANEXO G



ATA DA DEFESA DE TESE DA ALUNA **LAURA MONTEIRO DE CASTRO MOREIRA**

Realizou-se, no dia 28 de fevereiro de 2018, às 14:00 horas, sala 526, 5º andar da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada *MARCHAS E CONTRAMARCHAS NO FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DO ARRANJO NORMATIVO BRASILEIRO*, apresentada por LAURA MONTEIRO DE CASTRO MOREIRA, número de registro 2014651668, graduada no curso de ADMINISTRAÇÃO, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em SAÚDE PÚBLICA, à seguinte Comissão Examinadora: Profa. Eli lola Gurgel Andrade - Orientadora (UFMG), Profa. Mariângela Leal Cherchiglia – Coorientadora (UFMG), Prof. José Angelo Machado (DCP/UFMG), Profa. Fabiola Sulpino Vieira (IPEA), Profa. Fátima Beatriz Carneiro Teixeira Pereira Fortes (Fundação João Pinheiro), Prof. Assis Mafort Ouverney (ENSP-FIOCRUZ).

A Comissão considerou a tese:


Aprovada

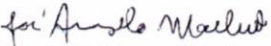
Reprovada

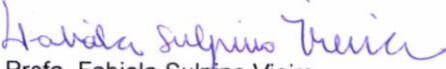
Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 28 de fevereiro de 2018.


Profa. Eli lola Gurgel Andrade


Profa. Mariângela Leal Cherchiglia

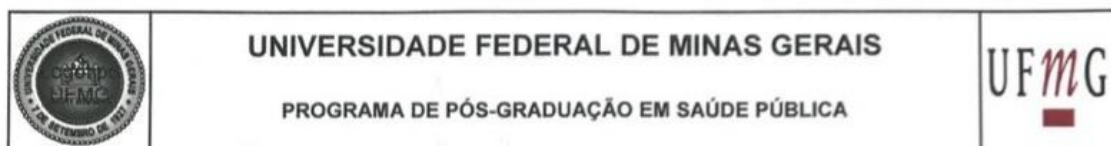

Prof. José Angelo Machado


Profa. Fabiola Sulpino Vieira


Profa. Fátima Beatriz Carneiro Teixeira Pereira Fortes


Prof. Assis Mafort Ouverney

ANEXO H



FOLHA DE APROVAÇÃO

**MARCHAS E CONTRAMARCHAS NO FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE:
REFLEXÕES A PARTIR DO ARRANJO NORMATIVO BRASILEIRO**

LAURA MONTEIRO DE CASTRO MOREIRA

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração SAÚDE PÚBLICA.

Aprovada em 28 de fevereiro de 2018, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Eli Lola Gurgel Andrade - Orientador
UFMG

Prof(a). Mariângela Leal Cherchiglia
UFMG

Prof(a). José Angelo Machado
DCP/UFMG

Prof(a). Fabiola Sulpino Vieira
IPEA

Prof(a). Fátima Beatriz Carneiro Teixeira Pereira Fortes
Fundação João Pinheiro

Prof(a). Assis Mafort Ouverney
ENSP-FIOCRUZ

Belo Horizonte, 28 de fevereiro de 2018.