

Piola, Sérgio F.

Working Paper

Transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde para estados, distrito federal e municípios: Os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar no 141/2012

Texto para Discussão, No. 2298

Provided in Cooperation with:

Institute of Applied Economic Research (ipea), Brasília

Suggested Citation: Piola, Sérgio F. (2017) : Transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde para estados, distrito federal e municípios: Os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar no 141/2012, Texto para Discussão, No. 2298, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/177514>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

TEXTO PARA DISCUSSÃO

2298

**TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS
FEDERAIS DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE PARA ESTADOS, DISTRITO
FEDERAL E MUNICÍPIOS: OS DESAFIOS
PARA A IMPLEMENTAÇÃO DOS
CRITÉRIOS DA LEI COMPLEMENTAR
Nº 141/2012**

Sérgio Francisco Piola



TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS FEDERAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS: OS DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DOS CRITÉRIOS DA LEI COMPLEMENTAR Nº 141/2012

Sérgio Francisco Piola¹

1. Médico, especialista em saúde pública e ex-técnico de planejamento e pesquisa do Ipea (aposentado).

Governo Federal

Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão

Ministro Dyogo Henrique de Oliveira

ipea

**Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada**

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

Presidente

Ernesto Lozardo

Diretor de Desenvolvimento Institucional, Substituto

Carlos Roberto Paiva da Silva

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

Alexandre de Ávila Gomide

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas

José Ronaldo de Castro Souza Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais

Alexandre Xavier Ywata de Carvalho

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura

João Alberto De Negri

Diretora de Estudos e Políticas Sociais

Lenita Maria Turchi

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais

Sérgio Augusto de Abreu e Lima Florêncio Sobrinho

Assessora-chefe de Imprensa e Comunicação

Regina Alvarez

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Texto para Discussão

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos direta ou indiretamente desenvolvidos pelo Ipea, os quais, por sua relevância, levam informações para profissionais especializados e estabelecem um espaço para sugestões.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2017

Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 1990-

ISSN 1415-4765

1. Brasil. 2. Aspectos Econômicos. 3. Aspectos Sociais. I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 330.908

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

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

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	7
2 A EVOLUÇÃO DO MARCO LEGAL	8
3 A APLICABILIDADE DA LEI COMPLEMENTAR Nº 141/2012	13
4 UMA VISÃO GERAL DA ATUAL ALOCAÇÃO POR BLOCOS DE FINANCIAMENTO DOS RECURSOS TRANSFERIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA ESTADOS E MUNICÍPIOS	17
5 DISTRIBUIÇÃO REGIONAL DOS REPASSES FEDERAIS POR BLOCO	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS	40

RESUMO

Este texto apresenta os desafios para a implementação dos critérios de transferências intergovernamentais estabelecidos na Lei Complementar (LC) nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou a Emenda Constitucional (EC) nº 29, de 13 de setembro de 2000, para o Sistema Único de Saúde (SUS). A lei estabelece normas para a alocação de recursos que objetivam a redução das disparidades regionais, demanda antiga de diversos estudiosos do setor. Este novo modelo de alocação de recursos financeiros exige a alteração da lógica que tem orientado a alocação de recursos federais em saúde no Brasil e implica mudanças estruturais nos critérios de distribuição empregados atualmente pelo Ministério da Saúde (MS).

Palavras-chave: saúde pública; gasto público; alocação de recursos financeiros.

ABSTRACT

This paper presents the challenges for the implementation of the intergovernmental transferring criteria established in Complementary Law 141, of January 2012, which regulates Constitutional Amendment No. 29, of 2000, for the Unified Health System (SUS). The Law establishes norms for a resource allocation that aims the reduction of regional disparities, old demand of this sector's researchers. This new model of financial resources allocation requires a shift in the logic that has driven the federal resources allocation on health sector in Brazil, furthermore it implies structural changes in the distribution patterns applied by the Ministry of Health.

Keywords: public health; government expenditures; financial resources allocation.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988, por força da EC nº 29/2000,¹ estabelece que os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde e destinados aos demais entes federativos devem ter como objetivo a progressiva redução das disparidades regionais e que esses critérios deveriam ser estabelecidos por lei complementar (Brasil, 1988, art. 198, § 3º, II). Entre princípios e diretrizes constitucionais e legais nos quais se ancora o Sistema Único de Saúde (SUS), a redução das disparidades regionais, muitas vezes traduzida por equidade na alocação de recursos, não atingiu a mesma ressonância que os princípios de acesso universal, de descentralização, de atenção integral, de regionalização e de participação social (Vianna *et al.*, 2005). Todos estes demais atributos do sistema público de saúde, também previstos no texto constitucional, foram reiterados em outros atos normativos.

Dessa forma, embora a redução das desigualdades (ou disparidades) apareça como um princípio constitucional e a legislação que trata do assunto tenha revelado, em diversas ocasiões, o desejo do legislador de instituir uma distribuição de recursos federais para as esferas subnacionais ancorada na regularidade e com base em critérios predefinidos – como constam nas leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 –, por diversos motivos, quer por dificuldades operacionais, quer por falta de priorização ou de vontade política, esses regramentos legais não foram implementados, e a alocação da maior parte dos recursos destinados pela União aos estados e municípios seguiram, e ainda seguem, critérios de rateio que não privilegiam de forma mais direta o problema da redução das disparidades entre as regiões. A aprovação da LC nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou a EC nº 29/2000, apresentou uma oportunidade ímpar de elaboração de um modelo de distribuição de recursos que priorizasse a equidade, induzindo desta forma a uma desejável redução das desigualdades entre as regiões brasileiras. Contudo, a implementação dos dispositivos nela constantes continua pendente, uma vez que a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) ainda não apresentou ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) uma proposta de metodologia, conforme determina o §1º do art. 17 da LC nº 141/2012.

1. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde. Para mais informações, acessar: <<https://goo.gl/iufuc1>>.

A regulação das transferências da União para estados, Distrito Federal e municípios é tema extremamente relevante, no mínimo, pelos seguintes motivos: *i*) o caráter descentralizado que deve ter a gestão das ações e dos serviços públicos de saúde (Brasil, 1988, art. 198, I); *ii*) a importante participação (cerca de 45%) dos recursos federais no financiamento compartilhado do SUS; e *iii*) o caráter redistributivo que deve ter a alocação regional desses recursos, conforme previsto no inciso II, § 3º, do art. 198 da CF/1988.

Este texto tem o objetivo de apresentar os empecilhos que se interpõem à operacionalização dos critérios previstos na LC nº 141/2012. Além disso, discutem-se os critérios de rateio estabelecidos nesse instrumento legal e as dificuldades técnicas e políticas para sua implementação. Para tanto, está estruturado em seis seções, sendo a primeira esta introdução. A segunda faz a revisão histórica do marco legal e das dificuldades de implantação da distribuição equitativa. A terceira discute a aplicabilidade dos critérios definidos na LC nº 141/2012 e as dificuldades que provavelmente serão encontradas na operacionalização dos referidos critérios. Uma visão geral dos itens financiáveis, por bloco e critério de repasse, é apresentada na quarta seção. A quinta seção apresenta a distribuição regional das transferências de recursos pelo MS em seus grandes blocos: atenção básica (AB), média e alta complexidade (MAC), assistência farmacêutica (AF), vigilância em saúde (VS), gestão e investimento. Finalmente, na sexta seção, são apresentadas as considerações finais.

2 A EVOLUÇÃO DO MARCO LEGAL

Aprovada quase doze anos após a EC nº 29/2000, a LC nº 141/2012 regulamentou o conceito de ações e serviços públicos de saúde, as normas de fiscalização, avaliação e controle e elencou os critérios de rateio aplicáveis às transferências de recursos entre esferas de governo no SUS.

Em relação a esse último item, a LC nº 141/2012 explicitou o princípio que deve nortear as transferências intergovernamentais na saúde, normatizando que as transferências têm como objetivo a “progressiva redução das disparidades regionais” (Brasil, 2012, art. 1º, III), e definiu os critérios a serem observados nas transferências de recursos (Brasil, 2012, arts. 17 e 19), conforme previsto no art. 198, § 3º, II da CF/1988. A LC nº 141/2012 manteve, no entanto, o art. 35 da Lei nº 8.080/1990, que, desde os primeiros estudos realizados, ainda no início da década de 1990, mostrou ser de

difícil implementação, abrindo espaço para o surgimento, ao longo dos anos, de inúmeras modalidades de alocação regional dos recursos do MS (Vianna *et al.*, 1990; Castro, 1991).

Crerios objetivando a redução do grau de discricionariedade no rateio de recursos federais para estados, Distrito Federal e município já constavam no Projeto de Lei nº 8.080/1990, na formulação original enviada para a sanção do Poder Executivo. Entretanto, diversos dispositivos da lei referida relacionados aos mecanismos de participação social e à questão da descentralização de recursos foram vetados por ocasião de sua aprovação (Piola *et al.*, 2013).

Mesmo após os vetos do Executivo, a redação final da Lei nº 8.080/1990, em seu art. 35, revela a disposição em estabelecer diretrizes de descentralização dos recursos financeiros mais transparentes. Assim, para estabelecer os valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, ficou estabelecido o seguinte:

será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo a análise técnica de programas e projetos: I – perfil demográfico da região; II – perfil epidemiológico da população a ser coberta; III – características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV – desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior; V – níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI – previsão do plano quinquenal de investimento da rede; VII – ressarcimento do atendimento de serviços prestados a outras esferas de governo.

As disposições supracitadas eram complementadas pelo § 1º do mesmo art. 35, determinando que 50% dos recursos fossem distribuídos pelo critério *per capita*: “Metade dos recursos destinados a estados e municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentes de qualquer procedimento prévio”.

Observe-se que apenas 50% dos recursos a serem transferidos seriam repassados automaticamente. Os outros 50% ficariam sujeitos, pelo que se pode depreender da leitura do *caput* do art. 35, à análise técnica de programas e projetos, ou seja, para 50% dos recursos a transferência não seria automática.²

2. Um dos vetos feitos pelo presidente da República à Lei nº 8.080/1990 incidiu sobre artigo que definia quais recursos do Ministério da Saúde eram passíveis de transferências para estados, Distrito Federal e municípios. Ou seja, essa lei deixou de estabelecer sobre qual montante de recursos se aplicariam os critérios do art. 35.

Ademais, o art. 35 não era autoaplicável, necessitava da definição de metodologia para consolidar o conjunto de critérios enunciados. Essa metodologia definiria os indicadores a serem utilizados para cada critério e poderia estabelecer, por exemplo, que os critérios estabelecidos poderiam ter pesos diferentes (Vianna, 1990; Castro, 1991).

Um dos problemas identificados, logo nos primeiros estudos realizados, era que os critérios enunciados no art. 35 apontavam para orientações diferentes. O critério de perfil epidemiológico da população, por exemplo, transmite o desejo de uma distribuição mais equitativa, enquanto o desempenho técnico, econômico e financeiro tem implícito uma preocupação com a eficiência. Desta forma, na falta de uma orientação mais geral para o conjunto de critérios e a depender dos pesos que viessem a ser atribuídos na proposta metodológica aos diferentes critérios, qualquer resultado poderia ser atingido na sua utilização. Esta talvez fosse a mais importante limitação da Lei nº 8.080/1990, no tocante ao repasse de recursos, não explicitava que as transferências federais deveriam buscar a correção das disparidades regionais, ou seja, que deveriam ter um papel redistributivo.

A Lei nº 8.142/1990, promulgada pouco mais de três meses depois da Lei nº 8.080/1990, estabeleceu em seu art. 3º que as transferências deveriam ser regulares e automáticas e suspendeu temporariamente o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080/1990, estabelecendo que, enquanto o artigo não fosse regulamentado, seria utilizado exclusivamente o critério populacional nas transferências e que pelo menos 70% destes recursos seriam transferidos para os municípios.

A lei anteriormente citada também estabeleceu que os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) seriam alocados em quatro grandes grupos: *i*) despesas de custeio e de capital do MS, seus órgãos e entidades da administração direta e indireta; *ii*) investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo, e aprovados pelo Congresso Nacional; *iii*) investimentos previstos no Plano Quinquenal do MS; e *iv*) cobertura das ações e dos serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal. Ou seja, os recursos do grupo *iv* seriam transferidos pelo critério populacional. Ademais, também restabeleceu a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde como instâncias colegiadas do SUS,³ determinou

3. Os dispositivos que tratavam da conferência de saúde e do Conselho de Saúde haviam sido vetadas pelo Executivo na promulgação da Lei nº 8.080/1990.

as condições para estados e municípios receberem os repasses regulares e automáticos (Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, plano de saúde) e autorizou o MS a estabelecer as condições necessárias à aplicação da lei.

Em outras palavras, a Lei nº 8.142/1990 adiou a vigência do art. 35 da Lei nº 8.080/1990. Um dos argumentos mais utilizados para justificar a não operacionalização do art. 35 era que se precisava de uma proposta de mais fácil entendimento, de mais fácil implementação. É provável que dessa conclusão tenha surgido a proposição de utilização do critério populacional simples (Carvalho, 2002), previsto na Lei nº 8.142/1990, que também não chegou a ser utilizado pelo MS, a não ser por ocasião da criação do piso assistencial básico fixo (PAB-Fixo), uma das formas de repasse estabelecidas pela Norma Operacional Básica (NOB) nº 01/1996 do SUS.⁴

Ainda em 1990, estudo patrocinado pela Organização Pan-americana de Saúde fez uma das primeiras propostas para implementação do art. 35 (Vianna *et al.*, 1990). Contudo, mesmo que passível de regulamentação, o artigo apresenta, segundo o estudo, uma anomalia congênita irrecuperável: um número excessivo de critérios, além de não explicitar, de forma inequívoca, que as transferências federais deveriam ter papel redistributivo.

O estabelecimento de um *per capita* único, conforme previsto na Lei nº 8.142/1990, embora pudesse contribuir para diminuir históricas desigualdades no financiamento, não produz a equidade, pois este critério pressupõe, implicitamente, que todas as populações das “unidades geográficas” têm o mesmo grau de necessidade e igual capacidade de financiamento. Tal concepção igualitária estava presente, até recentemente, na parte fixa do PAB-Fixo e difere de uma concepção equitativa, em que o valor *per capita* transferido deveria ser intencionalmente desigual, favorecendo as unidades federadas com maiores necessidades de recursos.

Independentemente da não utilização do critério de repasse previsto na Lei nº 8.142/1990, o processo de descentralização da gestão de recursos para estados e municípios foi se intensificando com as sucessivas NOBs, principalmente a partir da NOB

4. Criada mediante a Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996, do Ministério da Saúde.

nº 01/1993⁵ e da NOB nº 06/1996. Como decorrência houve uma drástica mudança na modalidade de aplicação dos recursos do MS. Em 1995, 86,6% dos recursos do ministério eram aplicados diretamente. Em 2013, foram transferidos para a gestão de estados, Distrito Federal e municípios cerca de 70,0% dos recursos do órgão para o custeio de ações e serviços públicos de saúde.

Ainda em 2007, foi promulgada a Portaria GM/MS nº 204,⁶ em 29 de janeiro, que fez parte do Pacto pela Saúde. Esta portaria, ao criar os blocos de financiamento, como se verá mais adiante, tentou resolver, sem sucesso, o problema da excessiva segmentação dos recursos repassados pelo MS às instâncias subnacionais, que acabam, em algumas situações, por provocar ineficiências na aplicação dos recursos (Santos e Luiz, 2016).

Por seu turno, é interessante notar que a discussão sobre os critérios de repasse e, sobretudo, a discussão sobre a importância de a distribuição de recursos federais ser norteadas pelo critério da equidade se transferiram para a área da academia e para a distribuição de recursos estaduais para municipalidades, como ocorreu, por exemplo, nos estados de Minas Gerais e Ceará. Destaque-se também que a quase totalidade dos estudos sobre alocação equitativa não leva em conta os critérios previstos no art. 35. Era como se esse artigo tivesse sido suprimido, e não apenas tido sua vigência adiada, ou seja, havia um entendimento tácito a respeito das dificuldades técnicas e políticas da sua aplicabilidade.

É nesse contexto de ausência de um debate político mais adequado sobre os critérios de rateio das despesas de custeio e de um debate acadêmico que não considerou o art. 35 que surge a LC nº 141/2012. Como será discutido a seguir, essas fragilidades irão criar uma “colcha de retalhos” com critérios que, além dos problemas já percebidos em análises da aplicabilidade do art. 35, acrescentam outros problemas. Para demonstrar tal argumento, a próxima seção discute os problemas de aplicabilidade dos critérios de rateio da LC nº 141/2012.

5. Criada pela Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993, do Ministério da Saúde, a qual estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde.

6. 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.

3 A APLICABILIDADE DA LEI COMPLEMENTAR Nº 141/2012

A movimentação dos recursos da União está regulada nos arts. 17 e 18 da seção III da LC nº 141/2012. A movimentação dos recursos dos estados, por sua vez, está regulada na seção IV, nos arts. 19, 20, 21 e 22. Com relação ao rateio dos recursos da União, o seu art. 17 estabelece o seguinte:

O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do *caput* dos artigos 18 e 22 aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do parágrafo 3º do art. 198 da Constituição Federal (Brasil, 2012).

O art. 18, que se refere à forma a ser utilizada nos repasses, reafirma que os recursos do FNS destinados a ações e serviços públicos de saúde a serem executados pelos estados, pelo Distrito Federal ou pelos municípios serão transferidos aos respectivos fundos de saúde de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênios ou outros instrumentos jurídicos. O art. 22, por sua vez, veda a possibilidade de restrição aos repasses fundo a fundo, considerados como transferências obrigatórias.

Com relação aos critérios de alocação de recursos propriamente ditos, a LC inova ao introduzir como critérios as necessidades de saúde da população e a dimensão socioeconômica, que não constavam do art. 35. As demais dimensões mencionadas – demográfica, epidemiológica e de capacidade de oferta de ações e serviços de saúde – já constavam do art. 35 da Lei nº 8.080/1990. A dimensão espacial, outro critério incluído na LC nº 141/2012, pode ser considerada equivalente aos critérios oferta de ações e serviços de saúde ou características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área, já previstos na Lei nº 8.080/1990. Ou seja, do total de quatorze critérios previstos nos dois artigos (art. 17 da LC nº 141/2012 e art. 35 da Lei nº 8.080/1990), quatro estão repetidos. Ademais, fica difícil entender quando a LC diz, no art. 17, que serão levadas em consideração as necessidades de saúde e as dimensões demográfica e epidemiológica, entre outras. Afinal, uma das formas de se medir as necessidades de saúde da população não é justamente levando em consideração condições demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas?

De forma mais apropriada e mais simples, o art. 19 da LC, ao tratar do rateio dos recursos estaduais transferidos aos municípios, afirma o seguinte:

O rateio dos recursos transferidos aos municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do inciso II, parágrafo 3º do art. 198 da Constituição Federal.

Ou seja, diz claramente como o critério necessidade será definido – considerando os outros critérios – e que, adicionalmente, deverá ser levada em conta a necessidade de reduzir as desigualdades entre as regiões.

O § 1º do art. 17 define que a metodologia (forma de aplicação dos critérios) será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (no caso dos recursos federais) e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, devendo o MS definir e publicar anualmente os montantes a serem transferidos a cada estado, ao Distrito Federal e aos municípios para o custeio de ações e serviços públicos de saúde.

O § 2º do mesmo artigo diz que os recursos destinados a investimentos deverão ter programação realizada anualmente e que, em sua alocação, deverão ser considerados critérios que visem reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde. Desta forma, pode-se interpretar que o rateio dos recursos para investimentos deve ser feito em separado, utilizando-se critérios que busquem a redução das desigualdades na oferta de ações e serviços de saúde, não necessariamente o conjunto de critérios previstos no art. 17 da LC nº 141/2012.

De acordo com a LC nº 141/2012, conforme dito anteriormente, os seis critérios de rateio explicitados agregam-se aos oito critérios do art. 35 da Lei nº 8.080/1990, totalizando um conjunto de quatorze critérios a serem considerados na metodologia de rateio dos recursos federais. Da LC nº 141/2012, temos os seguintes critérios: *i*) necessidades de saúde da população; *ii*) dimensão epidemiológica; *iii*) dimensão demográfica; *iv*) dimensão socioeconômica; *v*) dimensão espacial; e *vi*) capacidade de oferta de ações e serviços de saúde. Da Lei nº 8.080/1990, temos estes: *i*) perfil demográfico da região; *ii*) perfil epidemiológico da população a ser coberta; *iii*) características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; *iv*) desempenho técnico, econômico e finan-

ceiro no período anterior; *v*) níveis de participação do setor de saúde nos orçamentos dos estados e municípios; *vi*) previsão no plano quinquenal de investimentos da rede; *vii*) ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo; e *viii*) critérios demográficos diferenciados para estados e municípios sujeitos a notório processo de migração.

Não é objeto deste texto discutir que tipo de indicadores poderiam ser utilizados para atender a cada um desses critérios, construindo assim uma fórmula ou metodologia de repasse. O que se quer ressaltar é que a preservação do art. 35 contribuiu para a manutenção de uma quantidade excessiva de critérios e reproduziu ambiguidade do art. 35, ou seja, critérios que caracterizam as condições da demanda e critérios que caracterizam as condições da oferta de serviços (rede, desempenho etc.).

Não se pode negar, entretanto, que a LC nº 141/2012 avançou ao definir uma orientação geral para a metodologia de rateio, qual seja, de que as transferências devem observar as necessidades de saúde da população e procurar reduzir as disparidades regionais. A ausência dessas orientações mais gerais era uma das deficiências apontadas na regulamentação anterior. Ademais, essa lei incluiu entre os critérios de rateio a dimensão socioeconômica, que não constava na Lei nº 8.080/1990 e que permite levar em conta essa variável importante na definição das necessidades de saúde. A questão passa a ser como se avaliam, como se dimensionam as necessidades de saúde.⁷

Na verdade, na aprovação dessa lei complementar, se perdeu uma oportunidade de definir uma proposta mais simples, clara e exequível para orientar as transferências entre as esferas de governo. Para tanto, bastava referir-se ao art. 35 da Lei nº 8.080/1990, apenas para revogá-lo de forma definitiva. O conjunto de quatorze critérios que agora devem ser considerados em uma metodologia de repasse continuam de aplicação complexa – isso sem levar em consideração os aspectos políticos e operacionais envolvidos.

A respeito da alocação de recursos públicos e equidade, Piola e Biasoto (2001), há mais de quinze anos, deram ênfase a seis pontos, quase todos aplicáveis ao momento atual, apresentados resumidamente a seguir.

7. Uma revisão sobre a produção científica brasileira a respeito da necessidade de saúde foi feita por Campos e Bataiero (2007).

1. Colocar, mais intensamente, a questão da equidade na agenda de discussões, pois, ainda que implícita nas normas constitucionais, o conceito e as consequências de sua aplicação têm sido pouco discutidos.
2. Fazer simulações com diferentes critérios, sendo difícil uma discussão abstrata sem a realização prévia de simulações.
3. A simplicidade, pois, com a utilização de uma diversidade muito grande de critérios perde-se em transparência e ganha-se muito pouco em precisão.
4. Regular a expansão da rede, especialmente dos serviços mais complexos, para garantir maior integralidade e equidade no atendimento.
5. Perseguir a diminuição das iniquidades, privilegiando esta questão na alocação de recursos adicionais.
6. Evitar que recursos públicos sejam usados para subsidiar segurados de planos e seguros privados mediante deduções fiscais.

No Brasil, a discussão sobre equidade na alocação de recursos ganhou maior intensidade a partir de estudo realizado por Porto *et al.* (2001) para o Projeto Reforsus.⁸ Essa pesquisa gerou artigos mais amplamente divulgados (Porto *et al.*, 2003) que, de um modo geral, destacam dois pontos: *i*) a importância de se incorporarem as desigualdades do perfil demográfico; e *ii*) a relevância de um indicador de necessidades de saúde para dimensionar as desigualdades relativas às condições sanitárias e socioeconômicas das populações de áreas geográficas distintas.

Ademais, no caso do Brasil, além das necessidades de saúde – baseadas em características epidemiológicas, demográficas e socioeconômicas da população –, a grande disparidade de renda entre as regiões e os municípios fez que alguns pesquisadores sugerissem a inclusão de variáveis que levassem em conta as capacidades de autofinanciamento de estados, Distrito Federal e municípios (Nunes, 2004; Andrade *et al.*, 2004).

Por fim, pode-se dizer que metodologias de alocação equitativa foram criadas para colocar recursos na região ou nas pessoas de determinada região, com valores estimados a partir das necessidades de saúde, dimensionadas pelos diferentes critérios de cada metodologia. No Brasil, entretanto, toda a tradição de alocação regional de

8. Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde.

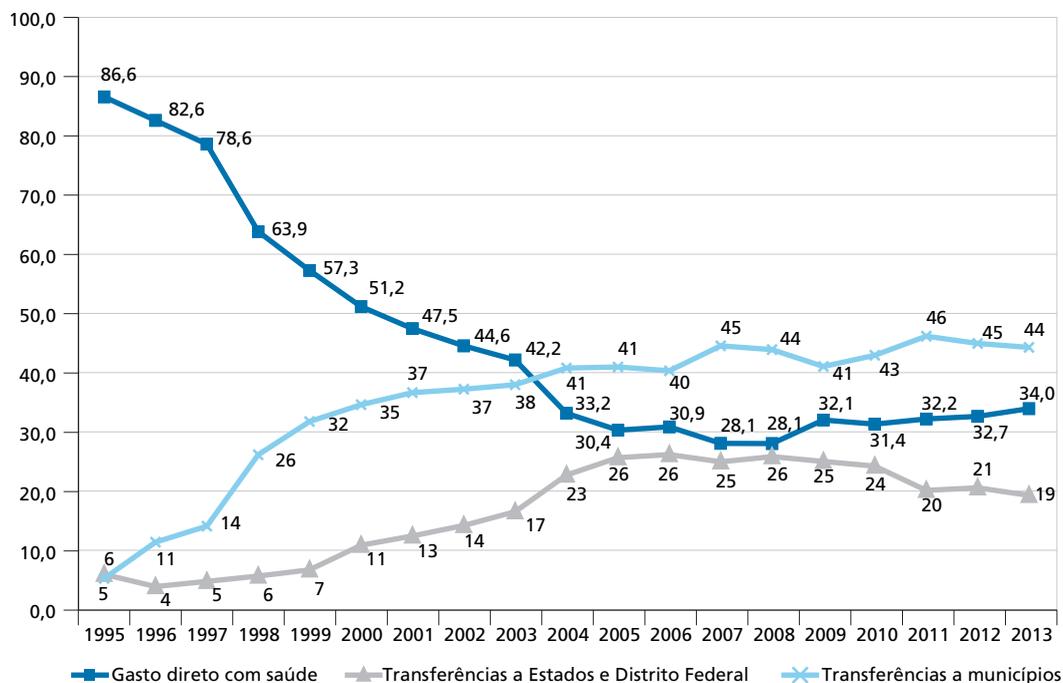
recursos tem, quase sempre, como base a oferta disponível em cada lugar. Essa tradição dá origem às seguintes posturas: *i)* críticas às propostas de distribuição equitativas com o argumento de que não se podem repassar recursos para onde não há serviços, para onde ainda não há oferta, desconhecendo que, dispendo de recursos, o gestor local ou regional poderia buscar os serviços em outro município; *ii)* crítica ao fato de que, nas distribuições equitativas, se procura passar mais recursos para quem mais necessita, e não “premiar” quem tem melhor desempenho, como se gestão pouco eficiente não devesse ser objeto de assistência técnica, mas sim de penalização e *iii)* não compreensão de que para se ter melhor nível de equidade no acesso aos serviços é preciso, muitas vezes, sacrificar, em certo grau, a eficiência. De qualquer maneira, o essencial é que os dois objetivos sejam avaliados simultaneamente com base em configurações de descentralização diferentes que levem em conta o reforço do papel das regiões de saúde e das secretarias estaduais de saúde.

4 UMA VISÃO GERAL DA ATUAL ALOCAÇÃO POR BLOCOS DE FINANCIAMENTO DOS RECURSOS TRANSFERIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA ESTADOS E MUNICÍPIOS

Atualmente, o MS transfere para estados, Distrito Federal e municípios mais de 70% dos recursos que aplica em ações e serviços públicos de saúde, segundo a definição da LC nº 141/2012 (gráfico 1). As aplicações diretas, como se pode ver, diminuem continuamente até 2008. A partir de 2009, no entanto, apresentam algum crescimento, que pode ser explicado por novas políticas (Farmácia Popular e Mais Médicos, por exemplo), que têm o seu financiamento centralizado.

As transferências foram, desde 2007, organizadas em seis grandes blocos: atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão e investimentos (Brasil, 2007).

GRÁFICO 1
Ministério da Saúde: recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde segundo a modalidade de aplicação (1995-2013)
 (Em %)



Fontes: Ipea/Disoc; Siafi; Sidor.
 Obs.: Estimativas anuais.

4.1 Atenção básica

Na atenção básica, pode-se dizer que os recursos são, em linhas gerais, transferidos pelo critério populacional simples, no caso do PAB-Fixo, e por adesão, no caso do PAB-Variável. Estes recursos são transferidos mediante adesão e estão condicionados ao alcance de metas pactuadas. Aqui se encontram os recursos transferidos para a manutenção compartilhada de equipes do programa de saúde da família, equipes de saúde bucal, agentes comunitários de saúde, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – Pmaq); consultório de rua; entre outros (Santos e Luiz, 2016).

A parte fixa da atenção básica, o chamado PAB-Fixo, é um valor *per capita* repassado a todos os municípios. O valor inicial estabelecido, quando de sua criação, admitia que alguns municípios recebessem um valor maior do que o transferido aos demais. O valor inicial do PAB-Fixo foi estabelecido a partir de uma

cesta de procedimentos considerados como de atenção básica que deixariam de ser pagos pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), do SUS. Logicamente, os municípios que já recebiam um repasse maior em função do que produziam continuaram recebendo um valor maior. Por sua vez, a parte variável do PAB reunia os recursos inicialmente destinados a estimular o financiamento do Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).

Em 2011,⁹ foram feitas mudanças no PAB-Fixo com a finalidade de torná-lo mais redistributivo. Assim, o valor *per capita* passou a ser diferenciado segundo o porte do município;¹⁰ e o valor *per capita* de cada grupo passou a ser corrigido por números índices, criados a partir das seguintes variáveis: produto interno bruto (PIB) *per capita*; população em situação de pobreza extrema ou população com Bolsa Família; população com plano de saúde; e densidade demográfica do município. A parte fixa do PAB sofreu outras alterações para atender a peculiaridades regionais, grupos populacionais específicos e incentivar a melhoria da atenção – neste último caso por meio do Pmaq de 2011.

A nova Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) de 2011, conforme citado no *Boletim de política social* nº 21 do Ipea registra as principais mudanças no financiamento da atenção básica, conforme destacado a seguir.

A PNAB incorpora e consolida todas essas mudanças, as quais foram organizadas em cinco formas de financiamento federal para a execução da política, a saber: *i*) recurso fixo *per capita*; *ii*) recurso variável para projetos específicos, tais como Compensação das Especificidades Regionais (CER) e requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS); *iii*) recursos de investimento; *iv*) recursos condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários, como Estratégia de Saúde da Família (ESF), Equipe de Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (Nasf), Equipe Consultório de Rua (ECR), Equipe de Saúde da Família Fluvial (ESFF) e Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR), Equipe de Atenção Domiciliar (EAD), Programa Saúde na Escola (PSE), microscopista e Academia da Saúde; e *v*) recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade (Pmaq-AB) (Ipea, 2013, p. 104-105).

9. Portaria MS/GM nº 1.602, de 9 de julho de 2011. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. Para mais informações, acessar: <<https://goo.gl/zCqOR7>>.

10. Até 50 mil habitantes; de 50 mil a 100 mil habitantes; de 100 mil a 500 mil habitantes; mais de 500 mil habitantes.

Em 2014, o PAB-Fixo e o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) corresponderam a cerca de 34% das transferências do bloco de atenção básica. Na parte variável, o Pacs e seu incentivo responderam por quase 24% das transferências. O Saúde da Família, seu incentivo e os núcleos de apoio, por quase 26% (tabela 1).

TABELA 1
Recursos transferidos no bloco de atenção básica (2014)

Especificação	Recursos (R\$ milhões)	Participação (%)
1. Componente piso da atenção básica – fixo	4.997,60	33,8
1.1. PAB-Fixo	4.837,80	32,8
1.2. Programa de Requalificação de UBS (reformas)	159,8	1,1
2. Componente variável do piso da atenção básica	9.773,50	66,2
2.1. Programa de Agentes Comunitários de Saúde	3177,2	21,5
2.2. Incentivo adicional ao Pacs	267,2	1,8
2.3. Programa de Saúde da Família	3060,7	20,7
2.4. Incentivo adicional ao PSF	64,7	0,4
2.5. Núcleos de Apoio ao Saúde da Família	683,1	4,6
2.6. Saúde bucal	775,3	5,2
2.7. Atenção domiciliar (Emad)	241,5	1,6
2.8. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade	1371,9	9,3
2.8. Outros	131,9	0,9
Total	14.771,10	100,0

Fonte: Departamento de Informática do SUS (Datasis)/Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage). Acesso em: 20 dez. 2015.

Em 2014, o PAB-Variável apresentava 25 itens de repasse, sob a forma de participação no custeio, incentivo etc.

4.2 Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar

No caso da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC), os recursos estão classificados em dois grandes componentes: *i)* limite financeiro da alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar; e *ii)* Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec). O limite financeiro congrega os recursos do teto financeiro de média e alta complexidade (serviços ambulatoriais e hospitalares), cujo teto tem por base o valor histórico corrigido por programação, baseada em parâmetros de cobertura ou oferta de serviços.

Nesse componente também estão incluídos os recursos destinados ao custeio compartilhado das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e os incentivos à formação das redes de atenção (Rede Cegonha, urgência/emergência, saúde mental, viver sem limites, prevenção e tratamento de câncer de colo e de mama); os incentivos referentes ao Integrasus;¹¹ adesão à contratualização (IAC) para hospitais e centros odontológicos de urgência; e os incentivos ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), a hospitais de pequeno porte e aos centros de referência da saúde do trabalhador, entre outros (Santos e Luiz, 2016). O Faec, por sua vez, destina-se ao custeio de procedimentos, como é o caso da terapia renal substitutiva, transplantes, ações estratégicas emergenciais e ações reguladas pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC). Uma parte dos recursos do Faec podem ser transferidos para estados, Distrito Federal e municípios, a depender da pactuação ou de serem despendidos diretamente pelo MS.

As “modalidades” de financiamento da MAC, como consequência, também são muito diversificadas. Citando algumas:

- recursos para construção, ampliação, reforma e equipagem de unidades (centrais de regulação da rede de urgências e emergências; casas de parto normal – CPNs; Casa da Gestante, do Bebê e da Puérpera – CGBP; ampliação de leitos em unidade de terapia intensiva – UTI de adultos e neonatal; e implantação de serviço residencial terapêutico);
- participação no custeio de equipes (Samu; centrais de regulação urgências e emergências e de UPAs; equipe multidisciplinar de atenção domiciliar – Emad; equipe multidisciplinar de apoio – Emap; e consultórios de rua – CRs/ Rede de Atenção Psicossocial – Raps);
- valores estabelecidos para atender a custeio (CPN, CGBP etc.);
- *per capita*, para procedimentos eletivos de média complexidade (88 procedimentos incluídos);
- por cobertura, valor por gestante cadastrada e acompanhada com base no Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança (Sisprenatal); valor segundo o número de pessoas beneficiadas no Raps; valor com base no número de pessoas atendidas em serviços de atenção em regime residencial (Sarr); e

11. Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde.

- valores diferenciados para procedimentos realizados em unidades incluídas em redes – por exemplo, Rede de Urgência (acréscimos de 20%, 35% e 59%) – e valores diferenciados para diárias (leito/dia) em UTI e gestação de alto risco em unidades habilitadas na Rede Cegonha.

A tabela 2 mostra a distribuição das transferências para MAC em 2014. O Faec registrou menos de 11% dos recursos. As transferências para os serviços ambulatoriais de hemodiálise e para internações e serviços ambulatoriais na área de transplantes foram os principais itens das transferências desse fundo. O limite financeiro da média e alta complexidade (LFMAC) absorveu 89,5% das transferências, enquanto os tetos dos estados e dos municípios, 65,5% dos recursos do bloco.

No tocante ao número de itens financiados no bloco da MAC em 2014, no Faec eram quarenta, enquanto no LFMAC estavam registrados 45 itens de transferência de recursos.

TABELA 2
Recursos transferidos no bloco de média e alta complexidade (2014)

Especificação	Recursos (R\$ milhões)	Participação (%)
1. Faec	4.036,20	10,5
1.1. Faec-SIA Nefrologia	2.476,30	6,4
1.2. Faec-AIH – Transplantes de órgãos, tecidos e células	515,20	1,3
1.3. Faec-SIA – Transplante de órgãos, tecidos e células	159,70	0,4
1.4. Faec-SIA – Tratamento oncológico	130,20	0,3
1.5. Faec-SIA – Transplantes histocompatibilidade		0,0
1.6. Faec Cirurgia eletiva (componentes I, II, e III)	282,60	0,7
1.7. Faec-SIA – Mamografia	111,30	0,3
1.8. Outros	360,90	0,9
2. LFMAC	34.452,20	89,5
2.1. Teto municipal da MAC	15.762,70	41,0
2.2. Teto estadual da MAC	9.808,60	25,5
2.3. Teto municipal da rede de urgência e emergência	1.252,00	3,3
2.4. Teto estadual da rede de urgência e emergência	155,50	0,4
2.5. Teto estadual rede de urgência e emergência	981,90	2,6
2.6. Serviço de atendimento móvel municipal (RAU-Samu)	455,60	1,2
2.7. Serviço de atendimento móvel de urgência (Municipal)	313,10	0,8
2.8. Termo de cooperação entre entes públicos	930,00	2,4
2.9. Teto estadual limite – UPA	380,50	1,0
2.20. Teto municipal limite – UPA	709,60	1,8

(Continua)

(Continuação)

Especificação	Recursos (R\$ milhões)	Participação (%)
2.11. Teto municipal da Rede Cegonha	482,80	1,3
2.12. Teto estadual da Rede Cegonha	340,20	0,9
2.13. Teto municipal da Rede de Saúde Mental	787,30	2,0
2.14. Teto estadual da Rede de Saúde Mental	254,30	0,7
2.15. Teto municipal Viver Sem Limites	203,70	0,5
2.16. Outros	1.634,40	4,2
Total	38.488,40	100,0

Fonte: Datasus/Sage. Acesso em: 20 dez. 2015.

4.3 Vigilância em saúde

Este bloco compreende dois componentes: *i*) vigilância em saúde; e *ii*) vigilância sanitária. O primeiro componente engloba as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, agravos e fatores de risco e ações de promoção da saúde. O segundo engloba as ações referentes à vigilância sanitária propriamente dita.

Os recursos do componente de vigilância em saúde estão consignados em três grupos: *i*) piso fixo de vigilância em saúde (PFVS);¹² *ii*) piso variável de vigilância em saúde (PVVS); e *iii*) assistência financeira aos agentes de combate às endemias.¹³

Para efeito da distribuição dos recursos do PFVS, os estados brasileiros foram classificados em três estratos, considerando-se a situação epidemiológica e as dificuldades operacionais de desenvolver as ações de vigilância em saúde, conforme descrito a seguir:

- estrato I: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e municípios pertencentes à Amazônia Legal dos estados do Maranhão e Mato Grosso;
- estrato II: Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Sergipe e demais municípios do Maranhão e Mato Grosso, não pertencentes à Amazônia Legal; e

12. Conforme previsto em Brasil (2013, art. 16): "O PFVS compõe-se de um valor 'per capita' estabelecido com base na estratificação das unidades federadas em função da situação epidemiológica e grau de dificuldade operacional para a execução das ações de vigilância em saúde.

13. Portaria_GM/MS nº 1.955, de 2 de dezembro de 2015. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

- estrato III: Distrito Federal, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

O valor do PFVS é atribuído ao estado. As secretarias estaduais recebem valores equivalentes a 10% do total estadual. Cada município recebe valor *per capita* equivalente a no mínimo 60% do PFVS atribuído ao estado e cada capital ou município que compõe sua região metropolitana percebe valores equivalentes a no mínimo 80% do *per capita* do PFVS atribuído ao estado correspondente. Toda essa distribuição é aprovada no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

O PVVS, por sua vez, é constituído por diversos incentivos financeiros específicos, recebidos mediante adesão pelos entes federativos, regulamentados conforme atos específicos do Ministério da Saúde. Entre esses incentivos, estão:

- incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde;
- incentivo às ações de vigilância, prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)/Aids e hepatites virais; e
- Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde.

Cada um dos incentivos antes enumerado resulta da unificação de incentivos distintos. No caso do incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, do PVVS, é composto pela unificação dos seguintes incentivos: *i*) núcleos hospitalares de epidemiologia (NHE); *ii*) serviço de verificação de óbito (SVO); *iii*) registro de câncer de base populacional (RCBP); *iv*) apoio de laboratório para o monitoramento da resistência a inseticidas de populações de *Aedes aegypti*; *v*) fator de incentivo para os laboratórios centrais de saúde pública (Finlacen); *vi*) vigilância epidemiológica da influenza; *vii*) ações do Projeto Vida no Trânsito; e *viii*) ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde.

Por sua vez, o incentivo para as ações de vigilância, prevenção e controle das DSTs/Aids e hepatites virais decorre da unificação dos seguintes incentivos: *i*) qualificação das ações de vigilância e promoção da saúde às DSTs/Aids e hepatites virais; *ii*) casas de apoio para pessoas vivendo com HIV/Aids; e *iii*) fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV.

O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde tem como objetivo induzir o aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde no âmbito estadual, distrital e municipal.

O componente vigilância sanitária também é dividido em uma parte/piso fixo e uma parte/piso variável, conforme exposto a seguir.

- 1) Piso fixo de vigilância sanitária (PFVisa): estes recursos visam ao fortalecimento do processo de descentralização, à execução das ações de vigilância sanitária e à qualificação das análises laboratoriais de interesse da vigilância sanitária. Os valores do PFVisa são ajustados anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O PFVisa para o Distrito Federal e os estados é composto por valor *per capita* estadual e por valores destinados ao Finlacen-Visa. É estabelecido um limite mínimo de repasse estadual (LMRe), destinado aos estados e ao Distrito Federal para estruturação dos serviços estaduais de vigilância sanitária, para o fortalecimento do processo de descentralização e para a execução das ações de vigilância sanitária. O PFVisa, para os municípios, é composto por valor *per capita* municipal destinado às ações estruturantes e estratégicas de vigilância sanitária. Também neste caso é estabelecido um limite mínimo de repasse municipal (LMRM). Estes recursos são destinados à estruturação dos serviços municipais de vigilância sanitária, para o fortalecimento do processo de descentralização e para a execução das ações de vigilância sanitária.

O piso fixo da vigilância em saúde é distribuído para estados, Distrito Federal e municípios com o objetivo de colaborar com o financiamento de ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, agravos e fatores de risco e ações de promoção da saúde, respondendo, sozinho, por 57,1% dos recursos transferidos para o bloco (tabela 3).

- 2) Piso variável de vigilância sanitária (PVVisa): estes recursos, na forma de incentivos específicos, são destinados à implementação de estratégias voltadas à vigilância sanitária de estados, Distrito Federal e municípios. O PVVisa é constituído por incentivos financeiros específicos para implementação de estratégias nacionais de interesse da vigilância sanitária. A definição das ações nesta área é feita de forma tripartite. Em 2014, as transferências para a vigilância em saúde somaram R\$ 2,088 milhões. Desse total, as transferências para a vigilância sanitária chegaram a 12,1%, enquanto as para vigilância em saúde chegaram a quase 88%.

TABELA 3
Recursos transferidos no bloco vigilância em saúde (2014)

Especificação	Recursos (R\$ milhões)	Participação (%)
1. Vigilância sanitária	253,4	12,1
1.1. Piso fixo da vigilância sanitária (PFVisa – parte FNS)	49,8	2,4
1.2. Piso fixo da vigilância sanitária (PFVisa – parte Anvisa)	176,2	8,4
1.3. Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária (Finlacen_Visa)	24,7	1,2
1.4. Outros		
2. Vigilância em saúde	1.835,30	87,9
2.1. Piso fixo da vigilância em saúde	1.192,00	57,1
2.2. Incentivos pontuais para vigilância em saúde	198,9	9,5
2.3. Incentivo a ações de vigilância e prevenção contra DST/Aids e hepatites	178,4	8,5
2.4. Programa qualificação da vigilância em saúde (PQVS)	136	6,5
2.5. Incentivos para implementação e manutenção de ações e serviços públicos de vigilância em saúde	119	5,7
2.6. Ações contingenciais	10	0,5
Total	2.088,70	100,0

Fonte: Datasus/Sage. Acesso em: 20 dez. 2015.

Em 2014, o componente vigilância sanitária apresentou seis itens formas de repasse, o mesmo número de formas de transferência da vigilância em saúde.

4.4 Bloco da assistência farmacêutica

Este bloco está hoje dividido em três componentes: *i*) componente básico da assistência farmacêutica; *ii*) componente estratégico da assistência farmacêutica; e *iii*) componente especializado da assistência farmacêutica (Brasil, 2009b).

O componente básico da assistência farmacêutica reúne os recursos do MS destinados à assistência farmacêutica na atenção básica. Os recursos federais são transferidos com base em valor *per capita*, que é repassado em duodécimos. Outra ação desse componente se refere à estruturação e qualificação da assistência farmacêutica na atenção básica.

Nem todos os recursos desse componente são transferidos para as instâncias subnacionais. Uma parte dos recursos do Ministério da Saúde é aplicada diretamente na aquisição e distribuição das insulinas humanas NPH e regular, dos contraceptivos orais e injetáveis, além de dispositivo intrauterino (DIU) e diafragma.¹⁴

14. Portaria GM/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do componente especializado da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

O componente estratégico, por sua vez, se destina à garantia do acesso a medicamentos e insumos para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos contemplados em programas estratégicos do SUS. Este componente financia ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde: *i)* controle de endemias, tais como tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; *ii)* antirretrovirais do programa DST/Aids; *iii)* sangue e hemoderivados; e *iv)* imunobiológicos. Os recursos desse componente não são transferidos para estados, Distrito Federal e municípios, mas aplicados diretamente pelo MS na aquisição e posterior distribuição dos respectivos medicamentos.

O componente especializado é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.¹⁵ Aprovado pela Portaria MS/GM nº 2.982/2009, esse componente foi posteriormente revogado pela Portaria MS/GM nº 1.554/2013 e incorporou os chamados medicamentos de dispensação excepcional (MDE).

Conforme estabelecido na Portaria nº 1.554/2013, os medicamentos que fazem parte da atenção especializada estão divididos em três grupos, com base em suas características e formas de financiamento, conforme descrito a seguir.

- 1) Grupo 1: medicamentos sob a responsabilidade de financiamento do Ministério da Saúde, sendo dividido em:
 - a) grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, pelo armazenamento, pela distribuição e dispensação para o tratamento de doenças contempladas no âmbito do componente especializado da assistência farmacêutica; e
 - b) grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, pelo armazenamento, pela distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do componente especializado da assistência farmacêutica.¹⁶

15. Portaria GM/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do componente especializado da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

16. Portaria nº 1.996, de 11 de setembro de 2013. Altera a Portaria GM/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013.

- 2) Grupo 2: medicamentos cuja responsabilidade pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação é das secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal e que se destinam ao tratamento das doenças contempladas no âmbito do componente especializado da assistência farmacêutica.
- 3) Grupo 3: medicamentos sob a responsabilidade das secretarias de saúde do Distrito Federal e dos municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação e que estão estabelecidos em ato normativo específico que regulamenta o componente básico da assistência farmacêutica.

Quanto ao financiamento propriamente dito:

- os medicamentos pertencentes ao grupo 1 são financiados pelo Ministério da Saúde, sendo para o grupo 1A na forma de aquisição centralizada e para o grupo 1B na forma de transferência de recursos financeiros;
- os medicamentos pertencentes ao grupo 2 – medicamentos da atenção especializada – são financiados integralmente pelas secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal, observando-se o disposto no art. 57, cujos valores na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS correspondem a zero; e
- os medicamentos do grupo 3 – medicamentos para atenção básica – são financiados conforme regras do componente básico da assistência farmacêutica, definido em ato normativo específico, ou seja, mediante a Portaria nº 2.982, de 26 de novembro de 2009.¹⁷

TABELA 4
Recursos transferidos no bloco de assistência farmacêutica (2014)

Especificação	Recursos (R\$ milhões)	Participação (%)
1. Componente básico da assistência farmacêutica	1.051,0	56,6
1.1. Programa de Assistência Farmacêutica Básica	917,0	49,4
1.2. Outros ¹	134,0	7,2
2. Farmácia Popular	65,0	3,5
3. Componente medicamentos de dispensação excepcional (CMDE)	740,0	39,9
3.1. Programa de Aquisição MDE	740,0	39,9
Total	1.856,0	100

Fonte: Datasus/Sage. Acesso em: 20 dez. 2015.

Nota: ¹ Medicamentos para pessoas privadas de liberdade; Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica; Programa de Assistência Farmacêutica Básica (parcelas); e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Em 2014, a assistência farmacêutica tinha cinco formas de repasse. Apesar dos medicamentos de dispensação excepcional terem sido integrados ao componente especializado, no banco de dados do Datasus/Sage, a denominação componente medicamentos de dispensação excepcional é mantida na tabela 4.

17. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica.

4.5 Gestão do SUS

O bloco de gestão do SUS, desde sua criação, em 2006, é constituído de dois componentes, a saber:

- componente para a qualificação da gestão do SUS, que inclui o financiamento das seguintes ações: regulação, controle, auditoria e monitoramento; planejamento e orçamento; programação; regionalização; gestão do trabalho; educação em saúde; incentivo à participação e controle social; informação e informática; e outros que vierem a ser instituídos. As transferências deste componente se dão por adesão às ações por ele financiadas; e
- componente para a implantação de ações e serviços de saúde, que inclui as seguintes ações: *i*) implantação e qualificação de centros de atenção psicossocial (Caps); *ii*) ações na área de saúde mental, como residências terapêuticas, ações de redução de danos nos Caps álcool e drogas (AD) e inclusão social pelo trabalho de portadores de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e de drogas; *iii*) implantação de centros de especialidades odontológicas (CEO); *iv*) implantação de Samu; *v*) reestruturação dos hospitais colônias de hanseníase; *vi*) centros de referência de saúde do trabalhador; *vii*) adesão à contratualização dos hospitais de ensino; e *viii*) outros incentivos para políticas que venham a ser instituídas.

Em 2014, esse bloco possuía 27 itens de repasse, embora seu valor total tenha sido modesto, cerca de R\$ 106 milhões (tabela 5).

TABELA 5
Recursos transferidos no bloco de gestão (2014)

Especificação	Recursos (R\$ milhões)	Participação (%)
1 Componente de implantação de ações e serviços de saúde	43,60	41,3
1.1 Financiamento de ações de alimentação e nutrição (FAN)	20,60	19,5
1.2 Incentivos (seis) ao custeio de diferentes tipos de centros de atenção psicossocial (Caps)	8,6	8,1
1.3 Serviços de parto e neonatal	3,64	3,4
1.4 Implantação de leito de saúde mental	3,11	2,9
1.5 Incentivo a serviços de residência terapêutica e acolhimento	4,36	4,1
1.6 Outros	3,20	3,0
2 Componente de qualificação da gestão do SUS	61,9	58,6
2.1 Incentivo aos complexos reguladores	26,3	24,9
2.2 Projeto de Formação e Melhoria da Rede de Atenção	20,8	19,7
2.3 Projeto de Planos de Carreira e Desprecarização do Trabalho	9,2	8,7
2.4 Outros	4,6	4,4
Total	105,60	100

Fonte: Datasus/Sage. Acesso em: 20 dez. 2015.

Obs.: Bloco com um total de 27 programas ou incentivos.

Como se pode observar, muitas das ações incluídas em um determinado componente, conforme estabelecido na portaria que define as ações a serem incluídas no bloco, não são objeto de transferências em determinados anos. Este é o caso, por exemplo, das ações de adesão à contratualização de hospitais de ensino ou de centros de referência de saúde do trabalhador, que aparecem em anos anteriores a 2014, mas não aparecem nesse ano.

Em 2014, o componente implantação de ações e serviços apresentou dezenove formas de repasse, enquanto o componente de qualificação da gestão do SUS registrou sete itens de repasses.

4.6 Bloco de investimentos na rede de serviços de saúde

O bloco de transferências para investimentos não fazia parte dos blocos inicialmente criados em 2006. Este bloco foi criado por meio da Portaria GM/MS nº 837, de 23 de abril de 2009, que alterou e acrescentou dispositivos à Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007.¹⁸

Os recursos deste bloco são transferidos mediante repasse regular e automático do FNS para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal exclusivamente para a realização de despesas de capital.

A proposta de projetos deve ser inserida no sistema de proposta do projeto do MS, que emite posicionamento por meio de sua área técnica. As propostas de projeto devem ser submetidas à CIB antes de seu envio ao MS.

A maior parte dos recursos transferidos em 2014 foi destinada ao Programa de Aquisição de Equipamentos de Material Permanente, cerca de 53,5% do total. Do total de R\$ 1.445,5 milhões deste item, R\$ 837,9 milhões foram destinados à estruturação da rede de serviços de atenção básica; R\$ 506 milhões, à estruturação de unidades de atenção especializada; e R\$ 68,7 milhões, a serviços de atenção às urgências e emergências na rede hospitalar¹⁹ (tabela 6).

18. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o bloco de investimentos na rede de serviços de saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do SUS.

19. Dados retirados do *site* Datasus/Sage. Acesso em: 20 dez. 2015.

Parte significativa dos recursos para investimentos, cerca de 38,4%, foi transferida para a ampliação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde. Dos R\$ 1.038,50 milhões registrados nesse programa, R\$ 795 milhões foram para a construção de unidades básicas de saúde e R\$ 237,0 milhões, para a ampliação de UBS. O restante foi transferido para UBS fluvial.²⁰

TABELA 6
Recursos transferidos no bloco de investimentos (2014)

Especificação	Recursos (R\$ milhões)	Participação (%)
1. Ampliação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (três subitens)	1.038,50	38,39
2. Aquisição de equipamentos e materiais permanentes (oito subitens)	1.445,50	53,43
3. Aquisição de material e mobiliário, equipamento para tecnologia de rede em saúde (quatro subitens)	2,20	0,08
4. Básico da assistência farmacêutica (dois subitens)	10,8	0,40
5. Crack é Possível Vencer (dois subitens)	12,1	0,45
6. Implantação de ações e serviços de saúde (cinco subitens)	41,10	1,52
7. Implantação de unidades básicas de saúde	0,74	0,03
8. Piso de Atenção Básica variável (dois subitens)	1,1	0,04
9. Pré-hospitalar fixo da rede de atenção às urgências (dois subitens)	14,1	0,52
10. Qualificação da gestão do SUS (oito subitens)	53,8	1,99
11. Rede Cegonha (seis subitens)	18,7	0,69
12. Rede de Atenção Psicossocial (Caps)	0,36	0,01
13. Rede Viver sem Limites (três subitens)	15,1	0,56
14. Vigilância em saúde	51,1	1,89
Total	2.705,20	100

Fonte: Datasus/Sage. Acesso em: 20 dez. 2015.

Obs.: Bloco com um total de 48 programas ou incentivos.

4.7 As contas específicas para os blocos

Desde a aprovação do Pacto pela Saúde, em 2006, posteriormente referendado pela Portaria GM/MS nº 204/2007, ficou estabelecido que os recursos a serem repassados de forma automática, sob a modalidade fundo a fundo, deveriam ser depositados em conta única e específica para cada bloco de financiamento.

20. Dados retirados do *site* Datasus/Sage. Acesso em: 20 dez. 2015.

As orientações mais recentes para operacionalização das transferências de recursos federais aos estados, Distrito Federal e municípios estão contidas na Portaria MS/GM nº 412, de 13 de março de 2013.²¹ A portaria estabelece que as contas específicas serão abertas pelo Ministério da Saúde, por meio da Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde, por processo automático, para todos os blocos de financiamento, no Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Banco da Amazônia e Banco do Nordeste do Brasil.

Os recursos financeiros relativos às ações vinculadas a cada bloco de financiamento são transferidos aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios conforme cronograma de desembolso do FNS, obedecida a programação financeira do Tesouro Nacional. Cada bloco tem apenas uma conta, com exceção do bloco de financiamento da assistência farmacêutica, cujos recursos são movimentados por meio de contas específicas, abertas para cada um de seus componentes. Já para os recursos oriundos do bloco de investimento na rede de serviços de saúde as contas serão abertas em conformidade com os projetos aprovados.

Remanejamentos e reprogramações de recursos são permitidos, mas devem obedecer a uma série de requisitos estabelecidos em portaria. A última portaria que tratou deste assunto foi a Portaria nº 1.073, de 23 de julho de 2015.²² Reprogramações podem ser feitas em um mesmo bloco, já os remanejamentos se referem à transferência de recursos para aplicação em blocos diversos daquele em que ocorreu saldo financeiro.

5 DISTRIBUIÇÃO REGIONAL DOS REPASSES FEDERAIS POR BLOCO

Do total de recursos transferidos anualmente, os blocos de maior participação são MAC e atenção básica, que somam mais de 88% dos recursos transferidos de 2011 a 2014 (tabela 7).

21. Redefine as orientações para operacionalização das transferências de recursos federais aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, a serem repassados de forma automática, sob a modalidade fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento de que trata a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007.

22. Dispõe sobre a reprogramação e o remanejamento, no âmbito dos blocos de financiamento de que trata o art. 4º da Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, de saldos financeiros disponíveis até 31 de dezembro de 2014 nos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

TABELA 7
Transferências do Ministério da Saúde para estados, Distrito Federal e municípios por grandes blocos de financiamento (2011-2014)

Ano/bloco	2011		2012		2013		2014	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Atenção básica	11.145,25	23,26	12.642,05	23,78	13.869,68	23,30	14.775,47	23,07
MAC	31.580,29	65,90	35.629,05	67,03	39.329,06	66,08	42.535,76	66,41
Vigilância em saúde	1.629,12	3,40	1.856,53	3,49	2.292,82	3,85	2.111,68	3,30
Assistência farmacêutica	2.196,25	4,58	1.983,32	3,73	1.867,21	3,14	1.856,29	2,90
Gestão	212,08	0,44	109,93	0,21	213,25	0,36	105,61	0,16
Investimento	1.161,50	2,42	935,48	1,76	1.947,86	3,27	2.662,40	4,16
Total (R\$ milhões)	47.924,50	100,0	53.156,36	100,0	59.519,88	100,0	64.047,20	100,0

Fonte: Datasus/Sage. Acesso em: 30 dez. 2015.
Obs.: Transferências por competência; valor bruto.

Os repasses para municípios superam as transferências para estados em quase todos os blocos. Assistência farmacêutica é o único bloco onde as transferências para estados superam os repasses para municípios. No bloco da MAC, há uma certa equivalência, assim mesmo com repasses de maior volume para as municipalidades. Por sua vez, na atenção básica os repasses são na quase totalidade para os municípios.

A distribuição das transferências federais apresenta o perfil identificado na tabela 8, por bloco e região, em 2014. Nessa tabela, são comparadas as distribuições das transferências do Ministério da Saúde para as secretarias de saúde dos estados e dos municípios segundo os grandes blocos e a região, com a distribuição populacional.

A adoção desse critério baseou-se na leitura da definição legal vigente desde 1990 (Lei nº 8.142/1990), a qual estabelece, no §1º, do art. 3º, que “enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no parágrafo primeiro do mesmo artigo”, ou seja, exclusivamente o critério populacional. Ademais, pelo menos 70% dos recursos transferidos deveriam ser destinados aos municípios, afetando-se o restante aos estados (Brasil, 1990b, § 2º, art. 3º). Este critério, como se sabe, só foi derogado com a aprovação da LC nº 141/2012. Como se pode ver a seguir, o critério populacional simples, apesar de igualitário, deixa de ser equitativo quando usado no relacionamento com entes sabidamente muito desiguais do ponto de vista econômico, social ou de condições de saúde de suas respectivas populações.

Observa-se, por exemplo, que os recursos das transferências do bloco MAC são aqueles cuja distribuição mais se aproxima da distribuição populacional. As regiões Sudeste e Sul têm participação no percentual de transferências levemente superior à participação relativa de suas populações, enquanto as regiões Nordeste e Centro-Oeste, principalmente, levemente inferior à população, e a Norte tem participação inferior à distribuição da população (tabela 8).

Esse comportamento das transferências federais para a média e a alta complexidade é, na verdade, definido pelos recursos do limite financeiro da alta e média complexidade (LMAC), composto basicamente pelos recursos para as internações hospitalares, cuja alocação tem como parâmetro básico uma taxa esperada de internações. Na assistência farmacêutica, por conta do peso dos medicamentos de dispensação excepcional, um percentual maior de recursos é repassado para a região Sudeste, enquanto as transferências para a atenção básica estão mais concentradas na região Nordeste, por conta do Programa de Saúde da Família e do Programa de Saúde Bucal.

TABELA 8
Distribuição da população e das transferências do Ministério da Saúde por blocos, segundo regiões (2014)
 (Em %)

Região	População	AB	MAC	AF	VS	Gestão	Investimentos
Norte	8,51	8,89	6,80	6,44	13,63	13,27	13,76
Nordeste	27,71	36,38	27,35	22,76	31,13	32,68	38,60
Sudeste	41,97	34,12	42,52	48,91	36,39	32,87	23,90
Sul	14,31	13,41	16,01	14,44	10,73	9,49	13,87
Centro-Oeste	7,50	7,20	7,32	7,46	8,12	11,69	9,87
Total (R\$ milhões)	203	14.775	42.536	1.856	2.112	106	2.662

Fonte: Datasus/Sage. Acesso em: 30 dez. 2015.

No caso dos componentes da MAC, a distribuição do limite financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (LFMAC) é muito próxima da distribuição populacional e, por ser o componente com maior volume de recursos do bloco, bem maior do que o Faec, acaba por definir a distribuição da MAC (tabela 9).

A distribuição dos recursos do Faec, no entanto, é concentrada nas regiões Sudeste e Sul, que, contando com cerca de 56% da população, recebem mais de 72% das transferências. A situação mais desfavorável é a da região Norte, que, tendo 8,51% da

população, recebe 3,8% dos recursos do Faec. Isso se explica porque é justamente na região Sudeste onde estão concentrados os serviços de maior complexidade, que são financiados por recursos do Faec, como diálise renal e transplantes, por exemplo.

TABELA 9
Distribuição das transferências do MS para a MAC, por componente, segundo regiões (2014)
(Em %)

Região	População	MAC	LFMAC	Faec
Norte	8,51	6,80	7,13	3,80
Nordeste	27,71	27,35	27,82	23,10
Sudeste	41,97	42,52	41,80	49,02
Sul	14,31	16,01	15,91	16,93
Centro-Oeste	7,50	7,32	7,34	7,14
Total (R\$ milhões)	203	42.536	38.311	4.225

Fonte: Datasus/Sage. Acesso em: 30 dez. 2015.

As transferências para atenção básica, por sua vez, seguem uma distribuição que privilegia principalmente a região Nordeste; em segundo plano, a região Norte. Essas regiões, que contam com 36,3% da população, receberam em 2014 quase 46% das transferências do MS para esse bloco. Em relação aos seus dois grandes componentes, a distribuição do PAB-Fixo, como seria esperado, praticamente segue a distribuição percentual da população, segundo regiões (tabela 10).

TABELA 10
Distribuição da população e das transferências do MS para a atenção básica segundo regiões (2014)
(Em %)

Região	População	AB	PAB-Fixo	PAB-Var.
Norte	8,51	8,89	8,65	9,02
Nordeste	27,71	36,38	29,01	40,15
Sudeste	41,97	34,12	40,47	30,87
Sul	14,31	13,41	14,39	12,91
Centro-Oeste	7,50	7,20	7,48	7,05
Total (R\$ milhões)	203	14.775	4.998	9.777

Fonte: Datasus/Sage. Acesso em: 30 dez. 2015.

A atenção especial às regiões Nordeste e Norte, antes referidas, decorre basicamente das transferências relacionadas ao PAB-Variável. Cerca de 41% dos recursos do MS destinados à estratégia de saúde da família, 48% dos destinados ao Programa de Saúde Bucal e 39,3% dos recursos despendidos pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde são direcionados para a região Nordeste. Estas transferências podem ser classificadas como transferências pelo critério de adesão, ou seja, pelo comprometimento do estado ou município de compartilhar do financiamento de determinados itens necessários à implementação do programa (tabela 11).

TABELA 11
Distribuição da população e das transferências do MS para a atenção básica - PAB-Var./ principais programas segundo regiões (2014)
(Em %)

Região	População	SF	SB	ACS
Norte	8,51	7,87	8,23	11,72
Nordeste	27,71	40,77	47,91	39,32
Sudeste	41,97	31,29	24,46	29,66
Sul	14,31	13,04	11,67	12,10
Centro-Oeste	7,50	7,04	7,73	7,19
Total (R\$ milhões)	203	3.063	776	3.177

Fonte: Datasus/Sage. Acesso em: 30 dez. 2015.

No bloco da assistência farmacêutica, a distribuição dos recursos para a farmácia básica segue a distribuição populacional, enquanto os medicamentos de dispensação excepcional (MDE) têm 84,32% de suas transferências direcionadas para as regiões Sudeste (61,10%) e Sul (15,09%). Essas duas regiões contam com cerca de 66% da população. Já a região Norte, que abriga 8,51% da população, recebe apenas 2,83% das transferências para MDE (tabela 12).

TABELA 12
Distribuição da população e das transferências do MS para a assistência farmacêutica por sub-bloco, segundo regiões (2014)
(Em %)

Região	População	AF	FB	MDE
Norte	8,51	6,44	8,83	2,83
Nordeste	27,71	22,76	29,09	13,22
Sudeste	41,97	48,91	40,82	61,10
Sul	14,31	14,44	14,24	15,09
Centro-Oeste	7,50	7,46	7,25	7,77
Total (R\$ milhões)	203	1.856	1.116	740

Fonte: Datasus/Sage. Acesso em: 30 dez. 2015.

As transferências para vigilância em saúde, por sua vez, privilegiam as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Cerca de 53% dos recursos de transferências são direcionados a essas regiões, que abrigam 43,5% da população brasileira

TABELA 13
Distribuição das transferências do MS para a vigilância em saúde por região (2014)
(Em %)

Região	População	VS
Norte	8,51	13,63
Nordeste	27,71	31,13
Sudeste	41,97	36,39
Sul	14,31	10,73
Centro-Oeste	7,50	8,12
Total (R\$ milhões)	203	2.112

Fonte: Datasus/Sage. Acesso em: 30 dez. 2015.

No bloco de gestão, o Nordeste, com 27,71% da população, recebe 32,7% das transferências; o Norte, 13,27% das transferências, com 8,51% da população; e Centro-Oeste, 11,69% das transferências e 7,5% da população. Somente as regiões Sudeste e Sul recebem transferências em percentual inferior à participação relativa de sua população (tabela 14).

TABELA 14
Distribuição das transferências do MS para a gestão e os investimentos por região (2014)
(Em %)

Região	População	Gestão	Investimentos
Norte	8,51	13,27	13,76
Nordeste	27,71	32,68	38,60
Sudeste	41,97	32,87	23,90
Sul	14,31	9,49	13,87
Centro-Oeste	7,50	11,69	9,87
Total (R\$ milhões)	203	106	2.662

Fonte: Datasus/Sage. Acesso em: 30 dez. 2015.

Em relação ao bloco de investimentos, a região Nordeste é a mais privilegiada, recebendo 38% do total das transferências. Norte e Centro-Oeste também apresentam participação superior de suas populações.

O importante, contudo, não é conhecer somente a distribuição das transferências federais. Uma visão mais adequada seria analisar a distribuição do conjunto dos recursos públicos aplicados no SUS. Ou seja, olhar a distribuição dos recursos das três esferas de governo, uma vez que os diferentes estados e municípios possuem níveis de receitas próprias bem distintos e apresentam valores bem diferenciados nas aplicações *per capita* com recursos próprios. Por exemplo, em 2010, segundo dados do Siops, a receita de impostos e transferências constitucionais dos municípios da região Nordeste alcançou o valor *per capita* de R\$ 686,00, enquanto a receita *per capita* média dos municípios da região Sudeste foi de R\$ 1.282,00.

Outro fator que deve ser levado em conta é a distribuição das transferências federais entre o conjunto de estados e o conjunto de municípios. Em 2011, o MS transferiu para os estados um valor de R\$ 15,1 bilhões, o que representou 19,2% dos recursos do ministério. Para municípios, as transferências somaram R\$ 34,6 bilhões, correspondendo a 44,2% das aplicações do MS. A questão que se coloca é a seguinte: Qual será o critério a ser adotado para esta repartição das transferências federais entre estados e municípios quando da aplicação da nova metodologia? Não seria o caso de se levar em conta as regiões de saúde? A LC nº 141/2012 não aborda esta questão. Deve ser lembrado que a distribuição atual entre essas duas esferas (estadual e municipal) é decorrente de acordos que foram se forjando desde o início dos anos 1990.

A despeito de todos esses problemas, qualquer que seja a metodologia a que se chegue, empregando os critérios previstos na essa lei complementar e buscando dar destaque às necessidades de saúde, certamente ela apontará para uma repartição bastante diferente da atual distribuição dos recursos federais – tanto entre estados quanto entre secretaria estadual e municípios em cada estado. Assim, haverá a necessidade de remanejamentos na distribuição atual. Alterações que elevem o volume de recursos repassados a um ente em detrimento de outro apresentam tarefa politicamente muito difícil de ser realizada. Uma maneira de diminuir essa pressão seria usar os incrementos de recursos para se chegar à distribuição decorrente da aplicação da metodologia proposta pela LC nº 141/2012.

Outro ponto a se considerar é que, nas formas atuais de repasse, algumas são feitas com base no desempenho, principalmente na área da atenção básica. De acordo com a LC nº 141/2012, não haveria espaço nas transferências fundo a fundo para

repasses guiados exclusivamente com base no desempenho. Sendo bom lembrar que, entre os quatorze critérios elencados para o rateio, apenas um leva em consideração variáveis relacionadas ao desempenho.

Além de todas as questões anteriormente levantadas, a LC nº 141/2012 também tratou da relação entre as transferências de recursos financeiros e o processo de planejamento. No art. 30 está prevista a adequação dos planos plurianuais, das leis de diretrizes orçamentárias e de orçamento das três instâncias de forma a dar cumprimento ao previsto na LC nº 141/2012. A questão é como compatibilizar os prazos de elaboração desses instrumentos ou ainda os dispositivos de planejamento e orçamento e de cooperação previstos no contrato de ação pública (Coap). Todos os dispositivos que tratam do planejamento trazem a concepção de um planejamento ascendente, com observância das necessidades de saúde, mas, na prática, os instrumentos ora utilizados se baseiam, quase exclusivamente, na oferta existente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A definição da metodologia para transferência de recursos pela CIT e a aprovação pelo CNS podem tirar os gestores das três esferas da zona de conforto relativo em que se encontram. Deve ser lembrado que as reclamações de estados, Distrito Federal e municípios neste particular são mais direcionadas ao montante de recursos, à excessiva fragmentação dos repasses e à falta de maior autonomia na utilização dos recursos. Estabeleceu-se entre as esferas subnacionais, aparentemente, um acordo mediante o qual o questionamento principal é o volume de recursos federais, mas não a sua distribuição.

Hoje, os repasses estão agregados em grandes blocos, e em cada bloco há critérios diferentes para a distribuição das transferências, sendo que quase nenhum deles leva em conta critérios de alocação equitativos. Assim, algumas questões devem ser equacionadas, *a priori*, como forma de orientar as diretrizes para a elaboração da nova metodologia. A título de economia e simplicidade, apresentam-se apenas cinco: *i*) serão aprovados valores globais para as transferências ou serão mantidos os blocos atuais? *ii*) supondo-se a manutenção dos blocos atuais, os critérios de rateio poderiam ter pesos diferentes? *iii*) como será feita a distribuição entre estados e municípios? *iv*) estes valores serão vinculados a objetivos e metas acordados? e *v*) caso a implantação dos critérios equitativos seja vinculada à existência de novos recursos, de onde sairiam esses recursos adicionais?

A despeito de todas as dificuldades antecipadas, que podem inviabilizar a formulação da metodologia, não se pode tirar o mérito da LC nº 141/2012 de finalmente ter trazido a preocupação com a diminuição das disparidades regionais para o mundo real das decisões políticas, retirando essa discussão do domínio das discussões meramente acadêmicas.

De qualquer forma, a não ser que o Conselho Nacional de Saúde busque o cumprimento de sua prerrogativa ou que os órgãos de controle passem a exigí-la, dificilmente uma proposta será encaminhada pela CIT, pelo menos no curto e médio prazo. Ademais, sem que sejam feitas simulações incorporando o total de recursos transferidos, não será possível mensurar as mudanças que a nova metodologia de rateio trará quando comparada com a distribuição atual.

Essa incerteza e certa dificuldade para proposição de mudanças mais radicais incentiva que prosperem propostas consideradas mais pragmáticas, bem como que se aplique a nova metodologia apenas para eventuais recursos adicionais. Ou seja, haveria menor resistência política a sua implantação se a nova situação distributiva fosse colocada como uma meta a ser alcançada progressivamente, com a utilização de recursos incrementais, o que é particularmente difícil na conjuntura atual. Permaneceria, contudo, a dificuldade de dar resposta às questões mencionadas e assim propor uma metodologia que atenda, de fato, ao que está previsto na legislação, bem como que seja aceita pelas instâncias responsáveis pela gestão do SUS.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. V. *et al.* **Metodologia de alocação equitativa de recursos**: uma proposta para Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2004. Mimeografado.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Assembleia Nacional Constituinte, 1988. Disponível em: <<https://goo.gl/tlZrEt>>.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1990a. Disponível em: <<https://goo.gl/z6U0kE>>.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1990b. Disponível em: <<https://goo.gl/2xblFY>>.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 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. Brasília: Congresso Nacional, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/MrwzgP>>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/K0ogkh>>.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface** – Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 605-618, set./dez. 2007. Disponível em: <<https://goo.gl/UD0hBk>>. Acesso em: 16 set. 2016.

CARVALHO, G. **Financiamento federal para a saúde 1998-2001**. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CASTRO, J. D. Análise da distribuição de recursos financeiros para assistência à saúde no Brasil e no RS: proposta de operacionalização dos critérios para a sua distribuição. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, p. 10-16, 1991.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise, n. 21, p. 93-160, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/Ynqf7n>>.

NUNES, A. **A alocação equitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS**: a receita própria do município como variável moderadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Projeto 1.04.21. Consolidação do Sistema de Informações sobre os Orçamentos Públicos da Saúde).

PIOLA, S. F.; BIASOTO, G. Financiamento do SUS nos anos 90. *In*: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Orgs.). **Brasil**: radiografia da saúde. Campinas: Editora da Unicamp, 2001.

PIOLA, S. F. *et al.* **Financiamento público da saúde**: uma história à procura de rumo. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1846). Disponível em: <<https://goo.gl/hZNgp1>>.

PORTO, S. *et al.* **Metodologia de alocação equitativa de recursos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Relatório de Pesquisa).

_____. Alocação equitativa de recursos financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.

SANTOS, R. J. M.; LUIZ, V. R. Transferências federais no financiamento da descentralização. *In*: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). **Sistema de Saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: MS; Opas/OMS, 2016. p. 169-204.

VIANNA, S. M. *et al.* **O financiamento da descentralização dos serviços de saúde**: critérios para transferências de recursos federais para estados e municípios. Brasília: Opas, nov. 1990.

_____. **Projeto de Economia da Saúde** – Atenção de alta complexidade no SUS: desigualdades no acesso e no financiamento. Brasília: MS; Ipea, 2005. Mimeografado. Disponível em: <<https://goo.gl/coaqCk>>.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

MENDES, A. *et al.* Discutindo uma metodologia para alocação equitativa de recursos federais para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 673-690, 2011.

VIEGAS, M. A. *et al.* **Metodologia de alocação equitativa de recursos**: uma proposta para Minas Gerais. Belo Horizonte, 2004.

PIOLA S. F. Financiamento como elemento para construção da equidade. Síntese de palestra. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 14., 1998, Goiânia, Goiás. **Anais...** Goiânia, 16 nov. 1998.

EDITORIAL

Coordenação

Cláudio Passos de Oliveira

Supervisão

Everson da Silva Moura

Leonardo Moreira Vallejo

Revisão

Clícia Silveira Rodrigues

Idalina Barbara de Castro

Marcelo Araujo de Sales Aguiar

Marco Aurélio Dias Pires

Olavo Mesquita de Carvalho

Regina Marta de Aguiar

Reginaldo da Silva Domingos

Alessandra Farias da Silva (estagiária)

Lilian de Lima Gonçalves (estagiária)

Luiz Gustavo Campos de Araújo Souza (estagiário)

Paulo Ubiratan Araujo Sobrinho (estagiário)

Pedro Henrique Ximendes Aragão (estagiário)

Editoração

Bernar José Vieira

Cristiano Ferreira de Araújo

Danilo Leite de Macedo Tavares

Jeovah Herculano Szervinsk Junior

Leonardo Hideki Higa

Herllyson da Silva Souza (estagiário)

Capa

Danielle de Oliveira Ayres

Flaviane Dias de Sant'ana

Projeto Gráfico

Renato Rodrigues Bueno

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

Livraria Ipea

SBS – Quadra 1 - Bloco J - Ed. BNDES, Térreo.

70076-900 – Brasília – DF

Fone: (61) 2026-5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Missão do Ipea

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

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DO
**PLANEJAMENTO,
DESENVOLVIMENTO E GESTÃO**



ISSN 1415-4765

